



## **Norske manuellterapeutar sin sjukmeldingspraksis**

Ein sjølvrapporterande retrospektiv tverrsnittsstudie

Antal ord: 10994

Kandidatnummer: 223678

Manuellterapiteori: MANT395, hausten 2014

**MASTERPROGRAM I HELSEFAG – KLINISK MASTERSTUDIUM I MANUELLTERAPI FOR  
FYSIOTERAPEUTAR**

Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

# INNHALD

## SAMANDRAG

## ABSTRACT

<b>1. INTRODUKSJON .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1. Bakgrunn .....</b>	<b>6</b>
<i>1.1.1 Henvisningsprosjektet .....</i>	<i>6</i>
<b>1.2 Tidlegare forskning .....</b>	<b>6</b>
<i>1.2.1 Hovudkonklusjonar frå SINTEF-rapporten .....</i>	<i>6</i>
<i>1.2.2 Rikstrygdeverket sin eigen sluttrapport .....</i>	<i>7</i>
<i>1.2.3 Kritikk av Henvisningsprosjektet og SINTEF-rapporten .....</i>	<i>7</i>
<b>1.3 Manuellterapeuten si primærkontaktrolle som sjukmeldar .....</b>	<b>9</b>
<b>1.4 Manuellterapipasienten, karakteristika og kostnader .....</b>	<b>9</b>
<b>1.5 Sjukefråvær i Noreg i 2013.....</b>	<b>11</b>
<i>1.5.1 Folketrygda, Sjukefråværsmodellen i Noreg.....</i>	<i>11</i>
<i>1.5.2 Sjukmeldingsalternativ.....</i>	<i>11</i>
<i>1.5.3 Sjukemeldingstal frå Statistisk Sentralbyrå og NAV .....</i>	<i>12</i>
<i>1.5.4 Sjukmeldarar i Noreg, fordeling av sjukmeldingar på ulike grupper i høve til muskel- skjelettplager.....</i>	<i>13</i>
<b>2. FØREMÅL OG PROBLEMSTILLING.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1. Føremål .....</b>	<b>15</b>
<b>2.2. Problemstilling.....</b>	<b>15</b>
<b>3. METODE.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1. Val av forskningsdesign .....</b>	<b>16</b>
<b>3.2 Utval .....</b>	<b>16</b>
<i>3.2.1 Inklusjonskriterier.....</i>	<i>16</i>
<i>3.2.2 Eksklusjonskriterier .....</i>	<i>17</i>
<b>3.3 Datainnsamling.....</b>	<b>17</b>
<i>3.3.1 Spørjeskjemaet.....</i>	<i>17</i>
<i>3.3.2 Formulering av spørsmål og svaralternativ .....</i>	<i>18</i>
<i>3.3.3 Dataanalyse .....</i>	<i>18</i>
<i>3.3.4 Testing av normalfordeling av data.....</i>	<i>18</i>
<b>4. RESULTAT .....</b>	<b>19</b>
<b>4.1 Demografisk skildring av respondentane .....</b>	<b>19</b>
<b>4.2 Praksisprofil.....</b>	<b>20</b>
<i>4.2.1 Regionale skilnader på praksisprofil .....</i>	<i>20</i>
<b>4.3 Profil av dei sjukmelde pasientane .....</b>	<b>20</b>
<b>4.4 Sjukmeldingspraksis .....</b>	<b>21</b>
<i>4.4.1 Regionale skilnader sjukmelding .....</i>	<i>21</i>
<i>4.4.2 Tal henta frå statistikk i journalprogram .....</i>	<i>22</i>
<i>4.4.3 Hyppigaste varigheit av sjukmelding:.....</i>	<i>23</i>
<i>4.4.4 Andel av sjukmelde pasientar sjukmeld av manuellterapeuten.....</i>	<i>23</i>
<b>4.5 Fremjande faktorar for sjukmeldarrolla .....</b>	<b>24</b>
<i>4.5.1 Regionale skilnader på fremjande faktorar .....</i>	<i>24</i>
<b>4.6 Begrensande faktorar for sjukmeldarrolla .....</b>	<b>25</b>

4.6.1 Regionale skilnader på begrensande faktorar .....	26
<b>4.7 Kommenterar til undersøkinga: .....</b>	<b>26</b>
<b>5. DISKUSJON.....</b>	<b>27</b>
<b>5.1 Oppsummering av resultata.....</b>	<b>27</b>
<b>5.2 Sjukmeldingspraksis .....</b>	<b>27</b>
5.2.1 Tal henta frå statistikk i journalprogram .....	28
5.2.2 Regionale skilnader sjukmelding .....	29
<b>5.3 Profil sjukmelde pasientar .....</b>	<b>30</b>
<b>5.4 Fremjande faktorar for sjukmeldarrolla .....</b>	<b>30</b>
5.4.1 Regionale skilnader på fremjande faktorar .....	31
<b>5.5 Begrensande faktorar for sjukmeldarrolla .....</b>	<b>31</b>
5.5.1 Regionale skilnader på begrensande faktorar .....	32
<b>5.6 Metodediskusjon .....</b>	<b>32</b>
5.6.1 Distribusjon – nådde ein ut til populasjonen? .....	32
5.6.2 Spørjeskjemaet, vurdering av metodisk kvalitet.....	33
5.6.3 Er resultata overførbare? Vurdering av svarprosent, ekstern validitet .....	35
<b>5.7 Etiske omsyn i høve til undersøkinga .....</b>	<b>36</b>
5.7.1 Deltakarane.....	37
5.7.2 Nytteverdien av studien .....	37
<b>6. KONKLUSJON.....</b>	<b>38</b>
<b>7. REFERANSAR .....</b>	<b>39</b>
<b>8. VEDLEGG.....</b>	<b>42</b>
<b>8.1 Informasjonsskriv i epost .....</b>	<b>42</b>
<b>8.2 Spørjeskjema i Surveyxact .....</b>	<b>43</b>
<b>8.3 Aldersfordeling respondentar .....</b>	<b>53</b>
<b>8.4 År erfaring på respondentane .....</b>	<b>53</b>
<b>8.5 Fordeling av akuttpasientar .....</b>	<b>54</b>
<b>8.6 Grad av direkte kontakt frå pasienten.....</b>	<b>54</b>
<b>8.7 Modus på sjukmelding.....</b>	<b>55</b>

## **SAMANDRAG**

**Tittel:** Norske manuellterapeutar sin sjukmeldingspraksis – ein sjølvrapporterande retrospektiv tverrsnittsstudie.

**Bakgrunn:** Med bakgrunn i Henvisningsprosjektet som starta i 2001, har manuellterapeutar som er godkjende primærkontaktar sidan 2006 hatt høve til å sjukmelda. Etter Henvisningsprosjektet vart evaulert i 2003, er det i liten grad undersøkt i kva grad manuellterapeuten sjukmelder. Målet med studien var å få belyst manuellterapeutar sin sjukmeldingspraksis for 2013, karakteristika for sjukmelde manuellterapipasientar og kva faktorar som påverkar sjukmeldarrolla.

**Metode:** Tverrsnittsstudie med retrospektiv design. Det vart nytta eit eigenutvikla nettbasert spørjeskjema distribuert til norske manuellterapeutar gjennom Facebookgrupper og epostlister til fagforbunda Norsk Manuellterapeutforening og Norsk Fysioterapeutforbund.

**Resultat:** 199 Manuellterapeutar svarte på undersøkinga, dei skreiv gjennomsnittleg fem sjukmeldingar per mnd, årlege sjukmeldingar og sjukmelde pasientar frå journalstatistikk var i snitt henholdsvis 50 og 32. Det var ein moderat negativ samvariasjon mellom konsultasjonar per pasient og antal sjukmelde pasientar, manuellterapeutane som sjeldan tok inn akuttpasientar sjukmelde signifikant færre. Manuellterapeutane i Nordland sjukmelde signifikant fleire enn dei i Oslo, Akershus og Hordaland. Dei sjukmelde pasientane hadde i stor grad lokaliserte plager av kort varigheit, varigheit på sjukmelding var ikkje over to veker. Stort sett var 50 eller 75% av dei sjukmelde pasientane sjukmeld av manuellterapeuten. Auka informasjon om sjukmeldarretten, spesialist/autorisasjonsordning for manuellterapeutar og fleire kommunale refusjonsavtalar, var viktige fremjande faktorar for sjukmeldarrolla. Manglande kjennskap til sjukmeldarretten hjå både pasientar og legar i tillegg til lang ventetid, var viktige begrensingar.

**Konklusjon:** Manuellterapeutar skriv i snitt om lag fem sjukmeldingar i mnd, årleg 50, dei sjukmelder drøye 30 personar i året, ein større del av sjukmelde pasientar er sjukmelde av manuellterapeuten sin no enn i 2003. Sjukmeldingstala er betydeleg høgare enn dei vist i NAV sin statistikkportal for sjukmeldarar. Det er regionale skilnader i høve til sjukmeldingspraksis, liten grad av akuttpasientar medfører at ein skriv færre sjukmeldingar, høgare utskifting av pasientar kan bety at ein sjukmelder fleire pasientar. Pasientane hadde ein tydeleg smertekarakteristikk. Det trengst auka informasjon om sjukmeldarretten.

**Nøkkelord:** manuellterapi, sjukmelding, primærkontakt, spørjeskjema, Noreg, manuellterapipasient

## **ABSTRACT**

**Title:** Norwegian manual therapists' practice of prescribing sick leave – a self-reporting retrospective cross-sectional study.

**Background:** With background in the Referral Project beginning in 2001, Norwegian manual therapists (MTs), have since 2006, had the opportunity to prescribe sick leave (SL). After the project was evaluated in 2003, this practice has not been particularly investigated. The aim of the study was to assess MTs' practice as SL prescribers in 2013, what factors that influence this role, and characteristics of the patients getting SL.

**Method:** Retrospective Cross-sectional study. A questionnaire was developed and distributed through Facebook and e-mail lists available from the Norwegian Manual Therapist Association and the Norwegian Physiotherapist Association.

**Results:** 199 respondents answered. They prescribed on average about five SLs a month, yearly SLs and patients receiving SL, were respectively 50 and 32. A moderate negative correlation was found between consultations per patient and patients receiving SL. MTs who seldom treated acute patients, prescribed significantly fewer SL. MTs in Nordland prescribed significantly more SL than MTs in Oslo, Akershus and Hordaland. Most patients receiving SL had localized pain for a short duration of time, with SL duration under two weeks. Mostly 50 or 75% of the patients receiving SL, got their SL by their MTs. Increasing information about the right of prescribing SL, specialization/authorization for MTs and more municipal health reimbursement agreements were reported as important promotional factors for the role as SL prescribers. Lack of knowledge in patients and doctors regarding MT's right to prescribe SL and long waiting time, were important limiting factors.

**Conclusion:** MTs prescribe five SLs a month, 50 a year, to 32 patients, a higher number of the patients with SL receive SL by their MTs now than in 2003. Number of prescribed SL is considerably higher than what's presented in the Norwegian Labour and Welfare Administration's statistics. There are regional differences regarding SL prescription. Few acute patients causes fewer SL prescriptions, high patient turn-over could suggest an increasing number of patients with prescribed SL. Most patients had typical localized pain characteristics of short duration of time. Increased information about the right to prescribe SL, is needed.

**Keywords:** manual therapy, sick leave, primary health care, questionnaire, Norway, manual therapy patient

## **1. INTRODUKSJON**

### **1.1. Bakgrunn**

Sidan 01.01.2006 har manuellterapeutar som er godkjende primærkontaktar hatt høve til å sjukmelda, tilvisa til fysioterapi, biletdiagnostikk og spesialisthelsetenesta. Pasientar som kjem til manuellterapeutar med trygderefusjonsavtale, har rett til trygderefusjon utan tilvising frå lege. Dette er viktige faktorar for meg i høve til å verta manuellterapeut. Kor vidt desse rettane er kjende i befolkinga, og særleg i kor stor grad sjukmeldarretten vert nytta av manuellterapeutane, er noko eg har ynskja å vita meir om.

#### *1.1.1 Henvisningsprosjektet*

I 1999 fremja tre stortingsrepresentantar at kravet om tilvising frå lege skulle falla bort for kiropraktorane. Etter rundar på Stortinget vart det og gjeldande for manuellterapeutar, og Henvisningsprosjektet starta 01.09.2001. I to år fekk manuellterapeutar i Hordaland, Vestfold og Nordland rettar som tidlegare var forbeholdt legane. Prosjektmåla var betre ressursutnytting og samfunnsøkonomi, og meir nøgde brukarar. Om lag 20% av befolkinga vart omfatta av forsøksordninga. Terapeutane fekk opplæring i primærkontaktrolla, med ein sjukmeldarrett på opptil åtte veker for diagnoser som var relaterte til muskel- og skjelettsystemet. Ordninga heldt fram utover hausten 2003. SINTEF evaluerte prosjektet på oppdrag frå Rikstrygdeverket, og konkluderte i rapporten frå november 2003 med at måla langt på veg var nådde (Lippestad et al., 2003). Ordninga heldt fram og vart permanent for heile landet i 2006. Etter lovendring i høve til krav om dialogmøte innan 12 veker, vart og sjukmeldarretten til manuellterapeutar og kiropraktorar oppjustert til 12 veker frå 1. januar 2009 (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2008).

### **1.2 Tidlegare forskning**

#### *1.2.1 Hovudkonklusjonar frå SINTEF-rapporten*

I SINTEF sin rapport vart det konkludert med at bortfallet av tilvisingskravet for å få refusjon, førte til at langt fleire pasientar oppsøkte behandlar direkte. Dette gjaldt særleg for dei som oppsøkte manuellterapeut. Endringa i pasientflyt førte til innsparingar i eigendel for pasient og reduksjon i refusjonskrav for folketrygda. Pasientar som kom med tilvising frå lege gjekk ned frå 95.2% i 2001 til 25.7% i 2003. Det var signifikant færre sjukemelde blant pasientane som gjekk til manuellterapeut i forsøksfylka i høve til kontrollfylka - i 2003, 26.1% mot 40.3%. Få av dei sjukmelde pasientane som fekk manuellterapi var sjukmeld av manuellterapeuten, 13.8% i 2002,

10.6% i 2003. Det var fastlegane som stort sett sjukmelde manuellterapipasientane. Vanlegaste varigheit på sjukmeldingane som manuellterapeutane skreiv, var ein til to veker (40%). Varigheit under to veker utgjorde 57 prosent av totale sjukmeldingar. Ein såg og at medikamentbruk gjekk ned i forsøksfylka. Samarbeidsrelasjonar mellom faggrupper vart og undersøkt, men dette såg ikkje ut til å endra seg stort. Viktigast var kanskje at hjå allmennlegar og spesialistar var det ein klar reduksjon i andelen som meinte at ordninga ville føra til ein auke i sjukmeldingsdagar. Pasientane kom raskare til behandling i forsøksfylka, og dei meinte at manuellterapeut/kiropraktor var deira viktigaste kontaktperson. Over 60% av pasientane meinte systemet hadde blitt meir effektivt og ført til færre konsultasjonar og mindre arbeidsfråvær. Ni av ti pasientar ønska Henvisningsprosjektet som ei varig ordning. Auken i sjukepengeutbetalingar var 1-2% lågare i forsøksfylka enn i resten av landet, ein signifikant skilnad. I utbetaling av sjukepengar rekna ein ei årleg innsparing i 2002-kroner på 250-500 millionar kroner i 2013 (Lippestad et al., 2003).

### *1.2.2 Rikstrygdeverket sin eigen sluttrapport*

Rikstrygdeverket sådde i sin eigen vurdering av Henvisningsprosjektet tvil om storleiken på dei potensielle innsparingane som SINTEF kom fram til i si evaluering. Det vart hevda at SINTEF hadde lagt Henvisningsprosjektet fram som einaste grunn til skilnaden i sjukefråværet. Det vart peika på at sjukefråværet er eit samansett område, som mellom anna lokalt vert påverka av arbeidsmarknad, demografiske og næringsstrukturelle faktorar. Konjunkturutvikling ville og påverka fylke ulikt. Omsyn til desse faktorane i drøftingane til SINTEF var sakna i høve til å forklara differansen mellom forsøksfylka og landet elles. Trass i at ulike sjukepengegrunnlag vart teke omsyn til i utvelgingsprosessen, kunne forsøksfylka hatt eit anna sjukepengegrunnlag, noko Rikstrygdeverket meinte burde ha vorte kommentert. Eit anna viktig moment som Rikstrygdeverket påpeikte, var at utbetalingane til L-diagnosane (muskel-skjelett-diagnoser) ikkje hadde like sterk nedgang som dei totale utbetalingane. Sjølv om ein gjennom resultata ikkje kunne sjå bort frå ei gunstig utvikling, meinte Rikstrygdeverket at effekten Henvisningsprosjektet hadde hatt på sjukefråværet, ikkje var tilfredsstillande sannsynleggjort (Rikstrygdeverket, 2003).

### *1.2.3 Kritikkk av Henvisningsprosjektet og SINTEF-rapporten*

Det kom ein del synspunkt i media på evalueringa som blei gjort av SINTEF. Legeforeninga og enkelte legar stilte seg kritiske til Henvisningsprosjektet i seg sjølv og konklusjonane gjort i ettertid. Ein frykta ein ukritisk bruk av sjukmeldingar og tilvisingar. Det vart sådd tvil om dokumentasjonen, der mellom anna skilnader mellom fylka i høve til sjukefråværsprofil var eit argument. Den låge andelen av sjukmeldingar blant manuellterapeutar og kiropraktorar vart forklart med at dei hadde

pasientar med mindre uttalte plager, som neppe ville fått sjukmelding eller tilvising vidare i systemet uansett. Fastlegane i forsøksfylka sjukmelde like mange for muskel-skjelettplager som resten av landet, som kunne tyda på at pasientane som oppsøkte dei ny primærkontaktane ikkje ville oppsøkt helsevesenet i utgangspunktet. Ordninga la såleis til rette for at dei minst sjuke fekk eit betre tilbod – ei prioritering som legeforeninga sette spørsmålsteikn ved. Ein fann det og påfallande og forkludrande at styresmaktene som stod for fastlegeordninga om lag samstundes bana veg for to andre aktørar som primærbehandlarar, med utvisking av fagområde og uklarheit rundt ansvarsforhold som konsekvensar (Werner, 2003; Bakke, 2004).

Fagorganisasjonane til manuellterapeutane og kiropraktorane svara denne kritikken med å peika på gunstige effektar for pasientane, og betre samarbeid i helsetenesta, med forskriftsregulerte informasjonsrutiner. Henvisningsprosjektet var eit høve til å kontrollert prøva ut nye rutiner i helsevesenet. Legane si frykt for auke i sjukmeldingar og tilvisingar var tydeleg avkrefta, og den store skilnaden i sjukefråvær mellom gruppene var neppe eine og åleine grunna ulik pasienttype (Ogre og Lehne, 2003). Vidare vart det og i media gjort eit poeng av at pasienten ikkje kom raskt nok til behandling, og kanskje vart sjukmeld som ein konsekvens av lang ventetid. Det vart og stilt spørsmål om somme pasientar ikkje burde ha vorte sjukmeld av lege i utgangspunktet. Kor vidt det var ein stor motstand i legestanden mot denne ordninga, vart det og stilt spørsmål om (Lexow, 2003).

SINTEF-rapporten vart og kritisert av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenester. Dels for feilaktige konklusjonar i høve til dokumentering av innsparing av trygdeytningar, men og i høve til metodisk kvalitet. Det vart og peika på at denne typen oppdragsforsking er konkurranseutsett og medfører kort tid til protokollutarbeiding. Ein risikerte og å forhalda seg til oppdragsgjevarar som ynskjer funn det kan visa seg vanskeleg å underbyggja. Han hevda vidare at det ville vera ein fordel at offentlege forskingsoppdrag ikkje vart tildelt utan opne, tilgjengelege protokollar (Gulbrandsen, 2004). SINTEF svara kritikken med å påpeika at det neppe finst forskning som er verdi- og interessefri. Oppdragsgjevaren ville først og framst ha innflytelse på utforminga ved kjøp av forskings- og utviklingstenester (FoU), og kjende seg ikkje att i nokon gong å verta utøvd press på for eit ynskja resultat (Eide og Hem, 2004).

Fleirtalet av høyringsinstansane var positive til at Henvisningsprosjektet skulle bli permanent. Likevel var det ein del kritiske spørsmål, særleg til manglande vitskapeleg dokumentasjon på effekt av sjukmelding i prosjektet, at det var ein studie med ei utpeika samanlikningsgruppe og ikkje ein



randomisert studie. Norsk forening for ryggforskning kalte forslaget eit politisk dokument utan vitskapleg begrunning, då det mangla refereegjennomgang. Manglande effekt av manuellterapeutiske behandlingstiltak, til dømes manipulasjon, vart og kommentert. Ei svekking av fastlegane si koordinerende rolle vart påpeika av fleire instansar (Johnsen, 2005).

### **1.3 Manuellterapeuten si primærkontaktrolle som sjukmeldar**

Sjukmeldar har eit ansvar for å hjelpa sine pasientar til å få dei ytingane dei har behov for og krav på, noko som føreset at han har god oversikt over kva stønader Folketrygda kan gje, og kven av dei som er aktuelle. Opplysingane ein gjer og kvaliteten på dei, vil vera avgjerande for om pasienten får yting frå Folketrygda eller ikkje. Sjukmeldar har i hovudsak to oppgåver i høve til det trygdemedisinske:

1. attestera for at dei medisinske vilkåra er oppfylde for Folketrygda si dekking av pasienten sine utgifter ved behandling, til dømes sjukmelding
2. gje NAV naudsynte medisinske opplysingar ved ein søknad om ytingar

Sjukmeldar vert både ein «dørøpnar» og «portvakt» for ytingane som Folketrygda løyver. Desse rollene kan koma i konflikt med kvarandre gjennom pasienten sine forventingar om hjelp og stønad og samfunnet sine forventingar om ei ressursbesparande og rettferdig forvaltning av trygdemidlane (Mæland, 2013). Folketrygdlova og Forskrift om unntak frå vilkåret om legerklæring når kiropraktorar og manuellterapeutar dokumenterer arbeidsuføret med erklæring regulerer manuellterapeutar sin rett til å sjukmelda. Krava for dette er at ein har autorisasjon som fysioterapeut etter helsepersonellova §48 eller godkjenning etter tidlegare regelverk. Vidare må ein ha bestått eksamen i klinisk masterstudium i manuellterapi ved norsk universitet eller tilsvarande, eller vera godkjend for bruk av takst A8 Manuellterapi og ha bestått eksamen i dei forskriftsfesta kursa i differensialdiagnostikk og laboratorieanalyser, samt i radiologi, tilsvarande norsk masterutdanning (Arbeids- og sosialdepartementet, 2006).

### **1.4 Manuellterapipasienten, karakteristika og kostnader**

Pasientar med muskel-skjelettplager er ein hyppig brukar av helsetenester i Noreg. I Noreg har 75% av dei vaksne smerter frå muskel- og skjelettsystemet i løpet av ein månad. I denne gruppa rapporterer fleire kvinner enn menn smerter. Ein ser og ein auke i førekomst med aukande alder. Førekomsten ser ut til å ha helde seg stabil første tiår på 2000-talet samstundes som trygdeytingane for denne gruppa har gått noko ned. Likevel er lidingar frå muskel- og skjelettsystemet stadig den

hyppigaste medisinske årsaken til sjukefråvær og uføreytingar (Ihlebaek et al., 2010). Korsrygg, nakke og skuldre er vanlegaste lokalisasjon. Muskel-skjelettplager samla utgjorde 35% av sjukepengetilfella i 2008 og 30% av nye uføreytingar i 2006 (Brage et al., 2010).

I rapporten «Et muskel- og skjelettrekniskap» utarbeidd i forbindelse med muskel og skjelett-tiåret i Noreg frå 2013, er det kartlagt førekomst og kostnader i samband med muskel og skjelettskader, sjukdomar og plager (MUSSP) (Lærum et al., 2013). Her vart det estimert samfunnsøkonomiske kostnader for personer med MUSSP for 2009: I spesialisthelsetenesta var kostnadene 7.7 milliardar kroner. Kostnadene for biletdiagnostikk kom på 800 millionar kroner. I primærhelsejenesta vart kostnadene for undersøking og behandling hjå fastlegene estimert til om lag 1.4 milliardar kroner og hjå fysioterapeutar og kiropraktorar 2 og 0.6 milliardar kroner. Samla vart kostnadene for behandling av muskel- og skjelettlidingar for helsetenesta i 2009 estimert til 14.3 milliardar kroner. Totalt utgjorde dei samfunnsøkonomiske kostnadene for denne gruppa mellom 69 og 73 milliardar kroner.

To studier har freista å kartleggja karakteristika for dei som oppsøker manuellterapeut, dette er gjort hovudsakleg på nakke- og ryggpasientar (Ødegaard, 2008; Larsen, 2010). Ødegaard tok føre seg Oslo, og fann at over 20% av pasientane hadde høg risiko for utvikling av langvarige plager. Larsen undersøkte pasientprofilar i Hordaland og Nordland. Han fann henholdsvis at risikoen for utvikling av langvarige plager for manuellterapipasientane i Nordland var om lag lik som for dei i Oslo, medan pasientane i Hordaland hadde ein risiko på under ti prosent. I desse kartleggingane av symptomprofilar i ulike delar av Noreg såg ein på både smerte, funksjon og risiko for utvikling av langvarige nakke- eller ryggplager. Ein fann i begge desse studiene at ulike pasientgrupper oppsøker manuellterapeut, både pasientar med lokaliserte smerter og pasientar med samansette plager. I media har det vorte hevda at legar sjukmelder meir fordi dei har pasientar med større komorbiditet enn dei som oppsøker manuellterapeut (Lindvåg, 2008), men desse masteroppgåvene syner at pasientar med meir samansette plager og oppsøker manuellterapeut. Ein norsk studie frå 2013 basert på data frå desse masteroppgåvene vurderte og risiko for utvikling av langvarige plager. Her fann dei at av 157 pasientar hadde 22% høg risiko for utvikling av langvarige plager, 17% av nakkepasientane (n=81) og 27% (n=76) av dei med korsryggplager vart screena som høgrisikopasientar (Dagfinrud et al., 2013).

## 1.5 Sjukefråvær i Noreg i 2013

### *1.5.1 Folketrygda, Sjukefråværsmodellen i Noreg*

Folketrygda er eit nasjonalt, sosialt forsikringssystem innført 01.01.1967. Arbeids- og velferdsetaten (NAV) administrerer mesteparten av folketrygda. Alle personar busette i Noreg er pliktige medlemmer av Folketrygda. Føremålet med Folketrygdlova er å gje økonomisk tryggleik gjennom å sikra inntekt og kompensera for særlege utgifter ved arbeidsløyse, svangerskap/fødsel, eineforsørging av barn, sjukdom/skade, uføre, alderdom og død. Del fire av lova omhandlar ytingar ved sjukdom, dessutan reglar om arbeidsavklaringspenger og tilleggsstønad, uførepensjon og yrkesskadedekking. Kapittel 8 omhandlar sjukepengar, føremålet med sjukepengar er å syta for kompensasjon for bortfall av arbeidsinntekt for yrkesaktive medlemmer som er arbeidsuføre på grunn av sjukdom eller skade (Arbeids- og sosialdepartementet, 2014).

Sjukdom/skadeomgrepet har ingen definisjon i lova, paragraf åtte – fjerde ledd omhandlar arbeidsuføre på grunn av ei funksjonsnedsetting som klart skuldast sjukdom eller skade. For at medlemet skal ha rett på sjukepengar, må arbeidsuføret dokumenterast av godkjend sjukmeldar. Dette gjeld ikkje i arbeidsgjevarperioden når arbeidstakar har rett til å nytta eigenmelding. Har ein vore tilsett over to månader, har ein normalt rett på inntil fire eigenmeldingsperiodar per år med varigheit opptil tre kalenderdagar. Unntak er tilsette i inkluderande arbeidsliv-bedrifter, som har inntil 24 dagar i året med periodevarigheit opptil åtte dagar. Sjukepengar er tidsavgrensa til 52 veker, og kan ikkje ytast på ny før ein har vore i fullt arbeid i minst eit halvt år. Går ein sjukmeld over eit år, kan det ytast arbeidsavklaringspenger, hovudsakleg maksimalt i opptil fire år. Alternativet etter dette er vanlegvis uførepensjon til pensjonsalder på 67 år. Vanlegvis får arbeidstakarar 100% av løn i sjukepengar, begrensa opp til 6G i 52 veker. Arbeidsgjevar dekkjer dei første 16 dagane, folketrygda vidare (Mæland, 2013).

### *1.5.2 Sjukmeldingsalternativ*

Alternativ til full (passiv) sjukmelding, er gradert sjukmelding. Gradert sjukmelding skal nyttast dersom det berre er delvis arbeidsuføre. Minste uføregradering for sjukepengar er 20 prosent. Sjukmelding kan skrivast for enkeltståande behandlingsdagar, men ikkje meir enn ein dag per veke. Avventande sjukmelding er og eit alternativ, dette er melding til arbeidsgjevar om at vilkåra for sjukmelding er oppfylde, men kan unngåast dersom det vert gjort tilrettelegging av arbeidet. Dette er aktuelt i arbeidsgjevarperioden første 16 dagar. Vidare har ein ymse andre tiltak for å redusera

sjukepengeutbetalingar, til dømes tilskot til arbeidsreiser, tilretteleggingstilskot, arbeidsplassiltak, friskmelding til arbeidsformidling og helse- og rehabiliteringstenester for sjukmelde («raskare tilbake»). Sistnemnde tiltak er eigne avsette midlar på statsbudsjettet for behandlings- og rehabiliteringstenester for sjukmelde. Føremålet er at folk som står i fare for å verta sjukmelde skal få raskare hjelp frå spesialisthelsetenesta og NAV (Mæland, 2013).

### *1.5.3 Sjukemeldingstal frå Statistisk Sentralbyrå og NAV*

Tal frå fjerde kvartal 2013 synte eit sesong- og influensajustert sjukefråvær (andel tapte dagsverk grunna eigen sjukdom i høve til avtalte dagsverk) på 6.4%, av dette 5.5% legemeldt. Dette var om lag uendra frå kvartalet før. For menn utgjorde dette fråværet 5.0% (4.1% legemeld), for kvinner 8.3% (7.1% legemeld). Fylkesmessig er det og skilnader, der dei tre nordlegaste fylka har eit noko høgare sjukefråvær (Nordland 7.5%, Troms 7.7% og Finnmark 7.9%) enn landsnittet. Rogaland og Oslo har lågast sjukefråvær, med henholdsvis 5.5% og 5.6% (Statistisk Sentralbyrå, 2014b). Statistikk frå NAV sine nettsider for fjerde kvartal 2013 synte at gradert sjukefråvær utgjorde 24.4%, 19.1% for menn og 27.6 for kvinner. Muskel-skjelettdiagnosar utgjorde ein stor del av sjukefråværet, 39.7% av tapte dagsverk, det vil seia over 2.6 millionar tapte dagsverk siste kvartal 2013. Psykiske lidingar er nr to på lista med over 1.2 millionar dagsverk, som utgjør 19.3 prosent av alle tapte dagsverk (NAV, 2014). Tabell 1.5.3 under syner sjukmeldingstal for manuellterapeutar for 2013 henta frå NAV sin statistikkportal for sjukmeldarar:

**Tabell 1.5.3 Sjukmeldingstal for manuellterapeutar frå NAV statistikkportal for sjukmeldarar for 2013**

*Antal sjukmeldingar: 9479 (6184 kvinner, 3295 menn)*  
*Sjukefråværstilfelle (samanhengande sjukmeldingar): 4742*  
*Snitt varigheit sjukmelding: 13 dagar*  
*Andel sjukmelding med gradering: 36,4%*  
*Andel avventande sjukmelding: 0,3%*

(NAV, 2013)

#### 1.5.4 Sjukmeldarar i Noreg, fordeling av sjukmeldingar på ulike grupper i høve til muskel-skjelettplager

Tabell 1.5.4 under syner antal sjukmeldingar utført av manuellterapeutar, kiropraktorar og fastlegar (kun muskel-skjelettdiagnosar) frå 01.07.12 til 30.06.13 totalt og fordelt på fylke:

<b>Tabell 1.5.4</b> Antal sjukmeldingar i perioden 01.07.12-30.06.13			
<b>Fylke</b>	<b>Antall sjukmeldingar kiropraktorar</b>	<b>Antal sjukmeldingar manuellterapeutar</b>	<b>Antal sjukmeldingar fastlegar med muskel/skjelettdiagnosar</b>
<b>Totalt</b>	<b>47 552</b>	<b>8 724</b>	<b>1 004 526</b>
<i>Akershus</i>	5846	617	103231
<i>Aust-Agder</i>	613	32	18278
<i>Buskerud</i>	1332	521	58924
<i>Finnmark</i>	382	255	13910
<i>Hedmark</i>	1754	219	41089
<i>Hordaland</i>	7272	693	101439
<i>Møre og Romsdal</i>	2911	128	55637
<i>Nordland</i>	1641	1377	48559
<i>Nord-Trøndelag</i>	591	288	29143
<i>Oppland</i>	1479	131	48076
<i>Oslo</i>	6060	1722	108838
<i>Rogaland</i>	6437	313	72622
<i>Sogn og Fjordane</i>	1207	206	20520
<i>Sør-Trøndelag</i>	1991	367	63454
<i>Telemark</i>	1286	33	32760
<i>Troms</i>	2000	604	44287
<i>Vest-Agder</i>	908	33	32699
<i>Vestfold</i>	1369	219	45364
<i>Østfold</i>	2424	115	65696
<i>Ukjend</i>	49	851	

(NAV, 2013)

Desse tala som er henta frå Nav sin Statistikkportal for sjukmeldarar, syner at det ser ut som om manuellterapeutane sjukmelder i liten grad i høve til kiropraktorane og fastlegane. Fylkesmessig ser det og ut til å vera store sprik på antal sjukmeldingar. Manuellterapeutane i Oslo og Nordland har flest utskrivne sjukmeldingar, 1722 og 1377. Eit usikkerheitsmoment i statistikken er i kor stor grad manuellterapeutar uten refusjonsrett er tekne med i statistikken, då tala er henta frå Helfo sin refusjonsstatistikk. At fastlegane sjukmelder langt fleire, kan forklarast med at dei er ei langt større

gruppe, og har sjukmeldingsrett i eit år. I Helseøkonomiforvaltinga (Helfo) sin takstbrukanalyse for fastlegar for 2011, var det 4396 personar med (HELFO, 2012a). Nøkkeltal frå Helse- og Omsorgssektoren rapporterte at det i 2012 var 4370 fastlegelister, 71 av desse listene stod tomme. Størst andel tomme lister var det i Nordland, der 10.6% av listene stod utan lege (Helsedirektoratet, 2014c). Fastlegestatistikken for 2013 viste ein auke i fastlegepraksisar, 4407 i antal. Lister utan lege i 2013 var størst i Finnmark og Nordland, med ein andel lister utan lege på henholdsvis 12.6 prosent og 8.1 prosent (Helsedirektoratet, 2014b).

I følge Norsk Kiropraktorforening har dei ca 500 praktiserande medlemmer (Norsk Kiropraktorforening, 2013), Helfo hadde elektronisk samhandling med 548 kiropraktorar i 2011 (HELFO, 2014). Statistisk Sentralbyrå oppgjer antal kiropraktorar i tredje kvartal 2013 til å vera 647 (Statistisk Sentralbyrå, 2014a). Ved å kontakta Statens Autorisasjonskontor, vart det opplyst at det per 07.07.14 var det 853 godkjende kiropraktorar i Noreg, men kor mange av dei som er yrkesaktive var ikkje kjend. Eit eksakt tal på manuellterapeutar kunne Statens Autorisasjonskontor ikkje gje. I 2011 var 467 manuellterapeutar med i Helfo sin takstbrukanalyse, av desse var det 291 som hadde nytta takst L1, som er utfylling av sjukmeldingsblankett (HELFO, 2012). I høyringsnotatet om autorisasjon av manuellterapeutar frå oktober 2013, står det at Statens Autorisasjonskontor opplyste om 465 manuellterapeutar i 2012. Vidare vart det vist til databasetal frå Helfo frå 2012-13, der 468 manuellterapeutar pluss om lag 20 som leverte manuelt oppgjer var registrerte (Helse og Omsorgsdepartementet, 2013). Kor vidt dette er terapeutar med sjukmeldarrett, er ikkje opplyst. I dei offentlege listene på nett over manuellterapeutar organiserte i Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) og Norsk Manuellterapeutforbund (NMF) finn ein totalt 463 manuellterapeutar. Av desse er 122 i Oslo og 32 i Nordland (Manuellterapeutenes Servicekontor, 2013; Norsk Fysioterapeutforbund, 2013). Ein kan nok ut i frå dette dømet gå ut frå at det ikkje berre er tettleik på terapeutar som avgjer talet på utskrivne sjukmeldingar når ein ser på antal sjukmeldingar utskrivne i Oslo og Nordland. Ei total fylkesoversikt over medlemmene er presentert i tabell 5.6.3, og syner at det er store fylkesmessige skilnader på antal manuellterapeutar. Når det gjeld antal kiropraktorar og manuellterapeutar, kan det sjå ut til at kiropraktorane er ei noko større gruppe.

## 2. FØREMÅL OG PROBLEMSTILLING

### 2.1. Føremål

Henvisningsprosjektet viste at det kom mykje positivt ut av ordninga, både helseøkonomisk og for pasienten. Etter Henvisningsprosjektet er det i liten grad undersøkt i kva grad pasientar oppsøker manuellterapeut direkte, og i kva grad manuellterapeuten sjukmelder. I følge tala henta ut frå helsestatistikk, ser det ut til at manuellterapeutar sjukmelder i liten grad. Målet med denne studien er å få belyst dagens praksis når det gjeld manuellterapeutane si primærkontaktrolle som sjukmeldar og kva faktorar som påverkar rolla. Kjennskap til primærkontaktrolla, ventetid, grad av utskifting av pasientar, geografiske avstandar og tilgang på manuellterapeutar, kan vera døme på faktorar som verkar inn på denne delen av primærkontaktrolla til manuellterapeuten.

### 2.2. Problemstilling

Føljande problemstilling vart utarbeidd: **I kor stor grad sjukmelder manuellterapeutar i Noreg, kva kjenneteikner pasientar som er sjukmelde av manuellterapeutane, og kva faktorar påverkar denne delen av primærkontaktrolla?**

Underhypoteser: Er det skilnad på sjukmeldingspraksis og oppfattingar kring denne delen av primærkontaktrolla i høve til

- alder og erfaring hjå manuellterapeuten
- manuellterapeutar med og utan refusjonsrett
- ventetid og utskifting av pasientar
- fylke

### 3. METODE

Metode er den reiskapen ein nyttar for å samla inn data i undersøkinga og kan definerast slik: *"En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder..."* (V. Aubert i Dalland, 2000, s.17)

#### 3.1. Val av forskningsdesign

For å belysa problemstillinga vart det vald å nytta ein retrospektiv tverrsnittsstudie. Informasjon om sjukmeldingspraksis og kva som spelar inn på rolla som primærkontakt i høve til sjukefråvær for året 2013 vart innhenta gjennom eigenrapportering frå manuellterapeutar som er godkjende primærkontaktar i Noreg. Ein tverrsnittsstudie blir nytta til å dokumentera status deskriptivt for ei gruppe i eit bestemt tidsrom. Studien vart retrospektiv sidan ein gjekk tilbake i tid for henta data (Carter et al., 2011a). Det vart nytta ei deskriptiv-analytisk tilnærming sidan ein henta inn primærempirisk data frå populasjonen ein skal studera. Gjennom ein nettbasert survey freista eg å nå ut til eit representativt utval av populasjonen og innhenta svar på ulike variablar (Befring, 1998).

#### 3.2 Utval

I denne studien var målet å nå flest mogeleg av manuellterapeutane i Noreg som er godkjende primærkontaktar. Invitasjon til den nettbaserte spørjeundersøkinga vart send ut gjennom epostlistene til NMF, Manuellterapeutenes Servicekontor og ei medlemsliste på NFF sine nettsider (Norsk Fysioterapeutforbund, 2013). Her nådde ein ved første utsending 412 på NMF si liste, 177 på NFF sine nettsider og 298 manuellterapeutar gjennom Servicekontoret si epostliste. I tillegg vart det lagt ut invitasjon til undersøkinga på Facebookgruppa Manuellterapi (310 medlemer), Facebookprofilen til Manuellterapeutenes Servicekontor (196 personar) og Facebooksida til NMF, som hadde 315 følgjarar.

##### 3.2.1 Inklusjonskriterier

For å få eit mest mogeleg homogent utval i høve til ein tverrsnittsstudie for 2013, var eit av inklusjonskriteria at manuellterapeutane som skulle inkluderast i studien måtte vera godkjende primærkontaktar i høve til sjukefråvær for heile året. I tillegg måtte dei arbeida heilt eller delvis i privat praksis.



### *3.2.2 Eksklusjonskriterier*

Manuellterapeutar utan godkjenning som primærkontakt i høve til sjukefråvær vart bedne om å ikkje svara, det same gjaldt for manuellterapeutar som har fått primærkontaktgodkjenning seinare enn 1. januar 2013, eller manuellterapeutar som ikkje arbeidde i privat praksis i det heile.

### **3.3 Datainnsamling**

Data vart henta inn gjennom ein nettbasert survey. Programmet SurveyXact utvikla av konsulentfirmaet Rambøll som er eigna til å utføra spørjeundersøkingar online, vart nytta. Programmet har funksjonalitet for heile prosessen frå utforming av spørsmåla vidare til datainnsamling, og til slutt analyse. Universitetet i Bergen har lisens for programmet, og medførte dermed ingen kostnad. Det var mogelegheit for å stilla opne og lukka spørsmål, eit- eller fleirvalsspørsmål. Undersøkinga var anonymisert, og programmet vert av IT-avdelinga tilrådd i høve til andre tilgjengelege program når ein spør etter sensitive data. Vidare var det mogelegheit for kryptert datatrafikk og passordbeskyttelse for besvarelse. Det var og rom for å eksportera data i Excel-format til Microsoft og OpenOffice og til statistikkprogrammet SPSS, som blei nytta til datahandsaming i ettertid. (Universitetet i Bergen, 2013b; Universitetet i Bergen, 2013a). For å få testa spørjeskjemaet og funksjonaliteten til programmet, vart det gjennomført ein pilotstudie ved å senda spørjeskjemaet til manuellterapikullet ved Universitetet i Bergen først. Dei var dei mest naturlege å testa undersøkinga på som framtidige primærkontaktar. Eventuelle problem med programmet, attendemelding på spørsmålsstilling og så vidare, var målet for dette. Invitasjonen med link til undersøkinga vart send ut og distribuert via dei ulike kanalane nemnd under punktet utval første gong 1.april. Vidare vart det purra to gonger, 28.april og 19.mai.

#### *3.3.1 Spørjeskjemaet*

Det vart ikkje nytta eit standardisert skjema, ein måtte eigendefinera eit skjema og stilla relevante spørsmål i høve til problemstillinga. Gjennom SurveyXact vart det utforma spørsmål; opne, lukka, ein- og fleirsvarsspørsmål. Ein motiverande og informativ invitasjon til undersøkinga vart utforma, der mellom anna føremål, nytteverdi, tidsbruk og framgangsmåte vart gjort greie for. Studien, informasjonsskrivet og spørjeskjemaet vart framlagt for Personvernombudet for forskning (NSD). Dei vurderte prosjektet og fann det ikkje melde- eller konsesjonspliktig etter personopplysningslova sine §§ 31 og 33 siden prosjektet hadde anonyme opplysingar og ikkje innheldt sensitive personopplysningar.

### *3.3.2 Formulering av spørsmål og svaralternativ*

Fleire målenivå vart nytta, både nominal, ordinal og ratio. Spørjeskjemaet er lagt ved som vedlegg, og bestod hovudsakleg av fire delar:

Del 1 - demografiske variablar

Del 2 - arbeidpraksis; typisk arbeidsveke/månad i 2013, pasientkarakteristika

Del 3 - Faktorar som virkar inn på rolla som sjukmeldar

Del 4 - Statistikk fra Journalprogram for 2013 i høve til arbeidpraksis og sjukmeldingar

### *3.3.3 Dataanalyse*

Gjennom lisensavtalar Universitetet i Bergen har, vart statistikkprogrammet SPSS nytta utan kostnad (Universitetet i Bergen, 2013a). Deskriptiv statistikk vart presentert med frekvenstabellar, snittverdiar, standardavvik (SD), medianverdiar og minimum/maksimumsverdiar der det var hensiktsmessig. Data vart og presenterte grafisk som vedlegg i appendix. Samvariasjon vart undersøkt med korrelasjonsanalyse, om snittskilnader var statistisk signifikante vart undersøkt med Anova og t-test. Hovudtrekka som ein ynskja å sjå på var om sjukefråvær og oppfattingar kring denne rolla var avhengig av uavhengige variablar innan demografi og arbeidsorganisering.

### *3.3.4 Testing av normalfordeling av data*

Aktuelle avhengige variablar vart testa opp mot aktuelle uavhengige variablar i høve til om det var ein normalfordeling av data. SPSS genererte histogram, scatterplot, Q-Q-plot, 5% trimma gjennomsnitt og Kolmogorov-Smirnov-test for normalfordeling for å få undersøkt dette. Ein gjennomgåande tendens var at snittverdiane hadde lite avvik frå det 5% trimma snittet. Q-Q-plotta indikerte for det meste normalfordeling av data, men dei andre testane synte at det var gjennomgåande ikkje normalfordeling på praksisprofildata eller sjukmeldingsvariablar i høve til demografiske variablar (alder, erfaring, år godkjend sjukmeldar, fylke, arbeidsform). Fylkesmessig fordelte dei fire fylka med flest svar meir normalt på histogram enn dei med få, der det stort sett var ei skeivfordeling i høve til distribusjon av data.

## **4. RESULTAT**

199 manuellterapeutar svarte på undersøkinga, og av desse vart 17 ekskluderte av tre kontrollspørsmål i høve til inklusjon. Av 182 inkluderte var det fire som kun svarte på kontrollspørsmåla. Det kom inn seks epostar der sjukmelding, permisjon og at dei ikkje arbeidde i privat praksis (fire personar) var grunn til at dei ikkje svarte. Totalt svara 178 på heile eller delar av undersøkinga, men rundt 10 gav berre opp demografiske data, slik at i praksis fekk ein svar frå i underkant av 170 personar på dei fleste spørsmåla. For å få naudsynt informasjon om respondentane, vil demografiske og arbeidsmessige variablar bli skildra først i resultatdelen. Deretter vil sjukmeldingspraksis og faktorar som påverkar sjukmeldarrolla, verta presenterte.

### **4.1 Demografisk skildring av respondentane**

Respondentane er presenterte grafisk i appendix. Ca 50% av respondentane fann ein i aldersspennet frå 41 til 55 år. Over og under dette intervallet fordelte seg nokså likt. Halvparten av dei som svara hadde 10 eller færre års erfaring som manuellterapeut. Om lag ein fjerdedel hadde 11 til 20 års erfaring. Om lag ein tredel av deltakarane i undersøkinga vart godkjende som sjukmeldarar det året ordninga vart permanent for heile landet, 2006. Om lag ein fjerdedel vart godkjende tidlegare enn det. Fire fylke stod for 59% av svara: Oslo (24%), Hordaland (14%), Akershus (11%) og Nordland (10%). Desse fylka vert difor nytta til samanlikningar fylkesmessig vidare i resultatdelen. Ingen andre fylke stod for meir enn fem prosent av svara. Av dei få som berre oppgav demografiske data, fordelte dei seg utover fylka, kun Oslo hadde meir enn to respondentar som gjorde dette. 85.2% arbeidde med refusjon, 7.4% arbeidde henholdsvis utan refusjon eller ein kombinasjon. Av dei 7.4% som arbeidde kombinert, låg snittet på andel jobb med refusjon på 53.5%, medianverdi 50%.

## 4.2 Praksisprofil

Tabell 4.2 under syner ei oversikt over arbeidsmengd, ventetid, i kor stor grad pasientar kom direkte utan kontakt med lege på førehand og korleis ein tok inn akuttpasientar for 2013:

Tabell 4.2	Kons. per veke (N=167)	Arb.veker per år (N=168)	Ventetid i veker (N=167)	Andel pasientar direkte kontakt	% av N (N=168)	Akutt-konsultasjonar	% av N (N=168)
Snitt (SD)	66 (21.4)	43.3 (6.2)	3.8 (6.3)	Ingen	0.6	Sjeldan	5.4
Median	65	45	2	25 %	23.2	Innan ei veke	44.0
Min. Verdi	5	5	0	50 %	28.0	Slutten av dagen	31.0
Maks. Verdi	150	52	52	75 %	38.7	I løpet av dagen	11.3
				Alle	4.8	Anna	8.3
				Veit ikkje	4.8		

Ein verdi på konsultasjonar per veke hadde eit stort avvik (223) og vart strøken. Dersom ein fordeler veker ventetid på arbeidsform, hadde dei med refusjon ei ventetid på i snitt 4.2 veker, dei med kombinasjon 1.7 veker, medan dei utan refusjon hadde ei ventetid på 0.2 veker. Det var ingen signifikante skilnader på fylkesnivå eller arbeidsform når det gjaldt i kor stor grad pasientar oppsøkte manuellterapeut direkte utan legekontakt på førehand. Dei knappe 10% som oppgav anna svar i høve til akuttkonsultasjonar, svara stort sett at dei tok inn akuttpasientar i løpet av to til tre dagar. Dei utan refusjonsrett tok inn akuttpasientar i større grad, men skilnaden var ikkje statistisk signifikant. Alder og erfaring verka ikkje inn på praksisprofil.

### 4.2.1 Regionale skilnader på praksisprofil

Av dei fylka der flest manuellterapeutar svara, hadde respondentane i Oslo 1.7, Nordland 1.9, Hordaland 3.4, og Akershus 4.7 veker ventetid i snitt. Desse skilnadene i ventetid var ikkje statistisk signifikante, men Oslo var signifikante mot tre andre fylke, Hordaland mot eit ( $p<.05$ ). Blant manuellterapeutane i Oslo var det 69% som hadde refusjonsrett, medan alle terapeutane frå Nordland hadde refusjonsrett. I Hordaland arbeidde tre av 25 i ein kombinasjon, ingen arbeidde heilt utan refusjon. Av dei 20 som svara frå Akershus, arbeidde ein utan refusjon og ein kombinert.

## 4.3 Profil av dei sjukmelde pasientane

Respondentane vart bedne om å anslå kor stor del av deira sjukmelde pasientar som hadde lokaliserte og generaliserte smerter. Snittverdien her vart samla henholdsvis 75 (SD19) og 29 (SD18) %, medianverdiar 80 og 25% Andelen med lokaliserte plager auka med raskare inntaking

av akuttpasientar, men skilnadene var ikkje statistisk signifikante. I høve til varigheit på plagene til den sjukmelde pasienten, var det ein liten del som hadde langvarige plager, i snitt 19.4% (SD 17.6), median 20. Akuttpasientane (opp til ei veke) utgjorde 46% (SD 24.7), median 50. Dei subakutte (1-12 veker) stod for 41.9% (SD 22), median 40. Variasjonsbreidda for alle gruppene låg på 100. Det var ingen skilnader fylkesvis, demografisk eller om ein arbeidde med eller utan refusjonsrett.

#### 4.4 Sjukmeldingspraksis

Ni av 166 skreiv ikkje sjukmelding i 2013. 147 personar oppgav kor mange sjukmeldingar dei skreiv per mnd, av desse skilde ein verdi (84) seg markant ut og vart stroken. 78 personar henta i tillegg ut sjukmeldingsstatistikk frå journalprogramma sine. I snitt anslo dei 146 som svara at dei skreiv 4.9 (SD 4.5) sjukmeldingar per mnd, medianverdi 4, variasjonsbreidd 30. Arbeidsform, alder, erfaring og år sidan ein vart sjukmeldar hadde ingen innverknad på dette. I høve til ventetid var det ingen samanheng med frekvens på sjukmelding, korrelasjonskoeffisient var  $r = -0.12$ .

Korrelasjonskoeffisienten mellom konsultasjonar per månad og sjukmelding per månad var låg,  $r = 0.27$ . Tabell 4.4 syner sjukmelding (SM) per mnd i høve til akuttkonsultasjonar (N=146):

Tabell 4.4	
Akutt-konsultasjonar	iht SM per mnd (SD)
Sjeldan	1.4 (0.9)
Innan ei veke	4.3 (4.4)
Slutten av dagen	5.0 (3.7)
I løpet av dagen	7.1 (6.8)
Anna	5.9 (3.7)

Skilnadene i snittverdiar for sjukmelding var statistisk signifikante mellom dei som sjeldan tok inn akuttpasientar og dei andre fire gruppene ( $p < .05$ ) Utover dette var det ingen signifikante skilnader mellom gruppene.

##### 4.4.1 Regionale skilnader sjukmelding

Skilnadene på snitta sjukmelding per månad var statistisk signifikante mellom terapeutane i Nordland (9.9 SD 7.8) og terapeutane i Akershus (2.8 SD 2.6), Hordaland (4.1 SD 3) og Oslo (4.1 SD 2.7),  $p < .05$ . Medianverdiane var 6.7 for manuellterapeutane i Nordland (n=16), 4 for dei i Oslo (n=37), 3.5 for dei i Hordaland (n=20) og 2 for dei i Akershus (n= 17).

#### 4.4.2 Tal henta frå statistikk i journalprogram

Det kom inn rundt 80 svar på denne delen av undersøkinga. Tabell 4.4.2 under syner antal pasientkonsultasjonar, antal pasientar behandla og konsultasjonar per pasient i 2013, i tillegg antal pasientar sjukmeld og antal sjukmeldingar.

Tabell 4.4.2	Ant konsultasjonar (N=82)	Ant pasientar (N=84)	Kons per pas (N=79)	Ant pas SM (N=78)	Ant SM (N=78)
Snitt (SD)	2708 (1166)	566 (738)	8.7 (4.3)	32.1 (32.8)	50.3 (55.8)
Median	2691	349	7.5	22.0	36.0
Min. verdi	173	84	3	0	0
Maks. verdi	6534	3915	24	150	300

Dei med refusjonsrett hadde 9 (SD 4.4) konsultasjonar per pasient, dei utan hadde 5.2 (SD 1.7). T-test mellom desse gruppene synte ein p-verdi på 0.056, ein klar tendens tett opp mot statistisk signifikant nivå. Det var ingen samanheng mellom antal sjukmelde pasientar og demografiske variablar, ventetid eller arbeidsform. Det var ein moderat negativ korrelasjon mellom konsultasjonar per pasient og antal pasientar sjukmeld, koeffisient på  $r = -0.32$ . Dei som sjeldan tok inn akuttpasientar sjukmelde langt færre pasientar i snitt enn dei som hadde ledige timar i løpet av dagen eller mot slutten av arbeidsdagen (4.7 SD 5 mot henholdsvis 30.2 SD 22.7 og 36.4 SD 33.6, N=78 ), men desse skilnadene var ikkje statistisk signifikante. Denne tendensen såg ein og på antal sjukmeldingar (9.7 SD 11.7 mot henholdsvis 45.3 SD 30.9 og 45.1 SD 39.6, N=78) Skilnaden mellom dei som sjeldan tok inn akuttpasientar og dei som hadde ledige timar i løpet av dagen, var her tett opp mot statistisk signifikant ( $p=0.08$ ). Heller ikkje her verka ventetid, arbeidsform eller demografiske variablar inn på antal sjukmeldingar.

##### 4.4.2.1 Regionale skilnader statistikk frå journalprogram

I høve til konsultasjonar per pasient, låg manuellterapeutane i Nordland (5.9 SD 2.4) lågast av dei fire fylka som hadde flest svar. Manuellterapeutane i dei tre andre fylka låg alle rundt 10 konsultasjonar per pasient, men desse skilnadene var ikkje statistisk signifikante.

Manuellterapeutane i Nordland sjukmelde fleire pasientar (snitt 70 SD 36, n=10) enn terapeutane i Oslo (29 SD 19, n=17), Hordaland (21 SD 19, n=16) og Akershus (15 SD 17, n=6). Skilnaden var statistisk signifikant mellom Nordland og dei andre fylka,  $p<.05$ . Som ved antal sjukmelde pasientar, hadde manuellterapeutane i Nordland fleire sjukmeldingar (107.6 SD 77, n=10) enn terapeutane i Oslo (53.9 SD 50.9, n=17), Hordaland (38.3 SD 27.9, n=16) og Akershus (22.8 SD

21.6, n=6). Her var og skilnadene mellom Nordland og dei andre fylka statistisk signifikante,  $p < .05$ . Medianverdiane for sjukmelde pasientar var 65.5 for manuellterapeutane i Nordland (n=10), 27 for dei i Oslo (n=17), 18 (n=16) for dei i Hordaland og 7 (n=6) for dei i Akershus. Når det gjaldt medianverdiane for antal sjukmeldingar, hadde terapeutane i Nordland 85 (n=10), i Oslo 46 (n=17), i Hordaland 35.5 (n=16) og dei i Akershus 11 (n=6).

#### 4.4.3 Hyppigaste varigheit av sjukmelding:

14 og sju dagar peiker seg klart ut som dei vanlegaste verdiane i høve til kor lenge manuellterapeutane sjukmelder pasientane sine. Snittverdien låg på 12.7 (SD 8.2), median 14 dagar. Nordland hadde i snitt 17 dagar som vanlegaste varigheit, medan dei tre andre fylka med flest svar låg rundt 12 dagar i snitt, men denne skilnaden var ikkje statistisk signifikant. Medianverdi var 14 for manuellterapeutane i Nordland, 13 for dei i Oslo, medan han var 10 for dei i Hordaland, og Akershus. Dei som sjeldan tok inn akuttpasientar, hadde vesentleg større lengd på vanlegaste sjukmelding enn dei som tok inn i løpet av ei veke eller same dag eller få dagar (26 SD 36 mot 11-14 dagar SD 5-6), og denne skilnaden var statistisk signifikant,  $p < .05$ .

#### 4.4.4 Andel av sjukmelde pasientar sjukmeld av manuellterapeuten

Tabell 4.4.4 under syner kor stor del av dei sjukmelde manuellterapi-pasientane som var sjukmeld av manuellterapeuten sjølv:

<b>Tabell 4.4.4</b>		
Andel	N	%
<i>Ingen</i>	1	0.7
<i>25%</i>	30	20.3
<i>50%</i>	25	16.9
<i>75%</i>	42	28.4
<i>Alle</i>	24	16.2
<i>Veit ikkje</i>	26	17.6
Totalt	148	100

Det var ingen skilnader i høve til alder, erfaring, arbeidsform, ventetid, akuttpasientkonsultasjonar eller på fylkesnivå.

## 4.5 Fremjande faktorar for sjukmeldarrolla

Tabell 4.5 under syner prosentvis fordeling for gradering av viktigheit av skisserte faktorar som fremjande for sjukmeldarrolla:

<b>Tabell 4.5</b>	<b>Svært</b>	<b>Uviktig</b>	<b>Korkje viktig eller uviktig</b>	<b>Viktig</b>	<b>Svært</b>	<b>Veit ikkje / ikkje aktuelt</b>	<b>N</b>
<b>Fremjande faktorar</b>	<b>uviktig</b>				<b>viktig</b>		
<i>Auka eigen/offentleg informasjon</i>	2,0	1,4	7,5	25,9	61,2	2,0	147
<i>Redusert ventetid</i>	4,1	10,2	13,6	36,1	29,3	6,8	147
<i>Auka sjukmeldingsrett utover 12 veker</i>	2,7	32,0	31,3	21,1	9,5	3,4	147
<i>Autorisasjons-/spesialistordning</i>	4,1	13,6	10,9	23,1	43,5	4,8	147
<i>Fleire kommunale driftsavtalar</i>	2,0	17,7	18,4	23,1	35,4	3,4	147
<i>Mindre byråkrati</i>	1,4	19,7	26,5	29,9	19,0	3,4	147
<i>Forenkla regelverk</i>	1,4	17,0	29,9	28,6	19,0	4,1	147
<i>Betre opplæring</i>	2,0	13,6	23,8	40,1	17,0	3,4	147
<i>Sterkere føringar på arbeidsorganisering</i>	4,8	23,8	26,5	30,6	9,5	4,8	147

I dei opne svara vart ein del av faktorane presisert ytterlegare. Fleire peika dessutan på betre samarbeid med legane, og at legane ikkje måtte sjå på manuellterapeutane som konkurrentar. Større fokus på primærkontaktrolla under utdanninga ved Universitetet i Bergen og i utlandet vart og nemnd som ein faktor. Elles vart eit endra takstsystem, både i høve til sjukmeldararbeidet og i høve til eit refusjonssystem som gav alle manuellterapeutar ein refusjon minimum tilsvarende det kiropraktorane har, nemnd. Nokre svara og at dei var meir opptekne av å vera friskmeldarar meir enn sjukmeldarar, og å sjå moglegheiter meir enn begrensingar for pasientane sine. Betre samhandling mellom dei ulike partane i sjukmeldingsprosessen og meir kunnskap om kva tiltak som har effekt på sjukefråværet vart og nemnd som fremjande faktorar for sjukmeldarrolla.

### 4.5.1 Regionale skilnader på fremjande faktorar

Færre såg på autorisasjon/spesialistordning som viktig eller svært viktig i Oslo (49%) enn i dei tre andre fylka (71-82%). Fleire kommunale driftsavtalar var meir viktig i Akershus (76%) og Hordaland (73%) enn i Oslo (49%) og Nordland (31%). I Akershus var redusert byråkrati viktigare (71%) enn i dei andre fylka (Hordaland 59%, Nordland 44% og Oslo 29%). I høve til forenkling av regelverk som ein fremjande faktor, vart svært viktig eller viktig markert av 59% i Akerhus, 55% i Hordaland, 32% i Oslo og 31% i Nordland. Betre opplæring var og meir viktig eller svært viktig i Akershus (77% mot 43-55%).



#### 4.6 Begrensande faktorar for sjukmeldarrolla

Tabell 4.6 under syner prosentvis fordeling for gradering av viktigheit av skisserte faktorar som begrensande for sjukmeldarrolla:

<b>Tabell 4.6</b>	<b>Svært</b>	<b>Uviktig</b>	<b>Korkje viktig eller uviktig</b>	<b>Viktig</b>	<b>Svært</b>	<b>Veit ikkje / ikkje aktuelt</b>	<b>N</b>
<b>Begrensande faktorar</b>	<b>uviktig</b>				<b>viktig</b>		
<i>Lang ventetid</i>	12,8	17,6	10,8	21,6	26,4	10,8	<b>148</b>
<i>Låg utskifting av pasientar</i>	13,5	20,9	16,2	25,0	17,6	6,8	<b>148</b>
<i>Sjukmeldingsrett på 12 veker</i>	17,6	29,7	19,6	24,3	8,1	0,7	<b>148</b>
<i>Byråkratiske hindringar</i>	14,9	33,8	14,9	21,6	12,8	2,0	<b>148</b>
<i>Manglande kjennskap til regelverk</i>	14,9	31,8	24,3	17,6	6,1	5,4	<b>148</b>
<i>Manglande kjennskap hjå pasientar</i>	0,7	9,5	8,1	43,2	37,2	1,4	<b>148</b>
<i>Manglande kjennskap hjå legar</i>	0,7	14,9	20,9	36,5	23,0	4,1	<b>148</b>
<i>Geografisk avstand pasient-terapeut</i>	21,6	35,1	24,3	9,5	2,7	6,8	<b>148</b>

Dei opne svara presiserte og her ein del av dei opplista faktorane. At lege allereie hadde sjukmeld pasient grunna både god fastlegetilgang og lite pasientkjennskap til sjukmeldarretten vart nemnd som ei begrensing, og vidare at det då vart sett på som naturleg at lege fortsette å sjukmelde.

Dersom pasient stod i fare for sjukmelding utover 12 veker, vart det og naturleg at legen sjukmelde. Behov for medisiner i tillegg til sjukmelding vart og nemnd, og då vart det meir sannsynleg at lege vart sjukmeldar. Det kom og synspunkt på at det rår ei misnøye blant legar over sjukmeldarretten til manuellterapeutar, og at dette utgjorde ein begrensande faktor på sjukmeldarrolla for manuellterapeutar. Men det vart samstundes gjeve uttrykk for at det eksisterte eit tett samarbeid med legane, og at det vart naturleg at legen tok seg av sjukmeldinga. Manglande kompensering i takstsystemet, mellom anna for sekretærtjenester, kapasitetsmangel og prioritering av det kliniske arbeidet, vart og lista som begrensande faktorar for sjukmeldarrolla. Manglande utskifting av pasientar hjå fysioterapeutar vart og skissert som ei begrensing, at det gjorde det vanskeleg å tilvisa pasientar vidare og dermed frigje tid til å ta inn fleire pasientar for vurdering og eventuell sjukmelding.

#### *4.6.1 Regionale skilnader på begrensande faktorar*

I Hordaland meinte 68% prosent av manuellterapeutane at lang ventetid var ei viktig eller svært viktig begrensing. For manuellterapeutane i Akershus var lang ventetid viktig eller svært viktig for 53%, i Oslo for 26% og i Nordland for 25%. Låg utskifting av pasientar var klart viktigast for terapeutane i Akershus, der 71% såg på dette som viktig eller svært viktig. I Hordaland var tilsvarende andel for respondentane på 41%, i Oslo og i Nordland henholdsvis 26 og 25%. Byråkratiske utfordringar var uviktig eller svært uviktig for 72% av manuellterapeutane i Oslo og for 50% i Nordland. I Akershus og Hordaland hella standpunkta andre vegen, der kring halvparten av deltakarane såg på denne begrensinga som viktig eller svært viktig. Manglande kjennskap til regelverk var uviktig eller svært uviktig for 66% av manuellterapeutane i Oslo, medan det for manuellterapeutane i Akershus kun var det for 23.5%. Tilsvarende prosentandel i Hordaland og Nordland var rundt 45. Manglande kjennskap hjå legar var ei viktigare begrensing for manuellterapeutane i Akershus (71% viktig eller svært viktig) og i Hordaland (64%) enn i Oslo (43%) og Nordland (38%). Ein fjerdedel av respondentane såg på geografisk avstand som ei viktig begrensing i Nordland og Akershus, medan berre seks og ni prosent i Oslo og Hordaland såg på dette som viktig.

#### **4.7 Kommenterarar til undersøkinga:**

Fleire kom med positive attendemeldingar på spørjeundersøkinga, at det var eit viktig tema. Nokre tykte det var vanskeleg å få henta ut statistikkdata frå journalprogrammet, og at det vart tidkrevjande. Det vart påpeika at det burde vore spurt etter bruk av gradert sjukmelding, med ei hevdning om at dette kanskje var eit område ein skilde seg ut i høve til legane. Det vart og gjort eit poeng at pasientsamansetting med barn og pensjonistar medfører at sjukmeldingsretten ikkje vert aktuell. At ein prioriterte tilvising til spesialist i informasjon til pasienten meir enn sjukmeldingsretten, vart og skissert. Ein manuellterapeut som arbeidde kombinert med og utan refusjon yttra at han sjukmelde sjeldan i refusjonsstillinga si.

## 5. DISKUSJON

Resultata vil verta diskuterte i punkta vidare i same rekkjefølje som resultatdelen er presentert. Mot slutten vil metodisk kvalitet og overførbarheit bli vurdert, i tillegg til etiske vurderingar. På bakgrunn av dette, vil det bli formulert ein konklusjon.

### 5.1 Oppsummering av resultata

Det kom inn flest svar frå fire fylke, Oslo, Akershus, Hordaland og Nordland. Fleirtalet av deltakarane var i aldersspennet 41-55 år, eit stort fleirtal arbeidde med refusjonsrett. Dei aller fleste tok inn akuttpasientar seinast innan ei veke, ofte same dag. Dei fleste opplevde at 50 eller 75% av pasientane kom direkte til konsultasjon utan legekontakt på førehand. Gjennomsnittleg ventetid var om lag ein måned, det var lågare ventetid i Oslo og Nordland enn i Hordaland og Akershus. Manuellterapeutane anslo antal sjukmeldingar til knappe 5 per mnd, dei som sjeldan tok inn akuttpasientar sjukmelde signifikant færre. Manuellterapeutane i Nordland sjukmelde signifikant fleire enn dei i Oslo, Akershus og Hordaland. Denne tendensen viste seg igjen på sjukmeldingstal henta frå journalstatistikk. Antal sjukmeldingar og sjukmelde pasientar frå journalstatistikk for 2013 var i snitt henholdvis 50 og 32, det var ein moderat negativ samvariasjon på konsultasjonar per pasient og antal sjukmelde pasientar. Dei sjukmelde pasientane hadde i stor grad lokaliserte plager, og akutte eller subakutte plager i høve til varigheit. Pasientane vart stort sett sjukmeld ein til to veker, stort sett var 50 eller 75% av dei sjukmelde pasientane sjukmeld av manuellterapeuten. Auka informasjon om sjukmeldarretten, spesialist/autorisasjonsordning for manuellterapeutar og fleire kommunale refusjonsavtalar, var viktige fremjande faktorar for sjukmeldarrolla. Manglande kjennskap til sjukmeldarretten hjå både pasientar og legar i tillegg til lang ventetid, var viktige begrensingar for manuellterapeutane si sjukmeldarrolle.

### 5.2 Sjukmeldingspraksis

I snitt vart det skrive ut om lag 5 sjukmeldingar per måned, median 4. Med median på antal arbeidsveker på 45, gjer det eit årleg antal sjukmeldingar på rundt 45 per manuellterapeut. Eit stort standardavvik (SD 30) vitnar om stor variasjon frå terapeut til terapeut. Dei som sjeldan tok inn akuttpasientar, sjukmelde mindre per måned enn dei som tok inn desse pasientane raskare. Dette var ei lita gruppe, men skilnaden var likevel signifikant. Tala frå denne delen av undersøkinga stemmer godt overeins med tala som vart henta ut frå journalstatistikk når ein ser sjukmelding per måned i samanheng med konsultasjonar per veke og antal arbeidsveker, noko som er ein styrke når ein skal vurdere kor sannsynlege desse estimerte tala er. Det kan og henda at folk har gått bakover og retta

desse tala dersom dei fann eksakte tal frå journalprogramma sine. Målet for dette talet var uansett å få flest mogeleg til å gje eit tal på sjukmelding per månad her dersom det ikkje var mogeleg å henta ut frå journalprogramma, og det gjorde dei alle fleste. Grunnen til at kortvarige sjukmeldingar var vanlegast (sju og 14 dagar), kan forklarast med retningslinene frå NAV, der ein sjeldan får godkjend sjukmeldingar over to veker for reine muskel-skjelettlidingar (Helsedirektoratet, 2014a). Kvifor dei som sjeldan tok inn akuttpasientar hadde signifikant høgare varigheit på sjukmelding, er usikkert. Dette var som sagt ei lita gruppe, og det kan vera noko tilfeldig. At snitt på varigheit frå statistikkportalen til NAV (NAV, 2013) er identisk med snitt på modus i denne undersøkinga, styrker sannsynet for at dette er truverdige tal.

### *5.2.1 Tal henta frå statistikk i journalprogram*

Snittet for antal sjukmeldingar og sjukmelde pasientar var henholdvis 50 og 32. Det fortel at ein sjukmelder same pasient fleire gonger, eller forlenger sjukmelding når antal sjukmeldingar nesten er det doble som antal pasientar sjukmeld. Dette samsvarar bra med sjukmeldingstala frå NAV jamfør tabell 1.5.3 (NAV, 2013). I høve til totale pasientar er det få ein sjukmelder, snittet vert då at ein sjukmelder 5-6% av pasientane sine. Grunna store standardavvik på antal konsultasjonar, pasientar, sjukmelde pasientar, antal sjukmeldingar og i tillegg stor variasjonsbreidde, er medianverdi viktig å kontrollere for. Medianverdiane gjev ein prosentverdi som er nokså lik, 6.3%. Antal sjukmeldingar er derimot lågare (36). Snitt- og medianverdiane er likevel ganske like på forholdet mellom sjukmeldingar og sjukmelde pasientar (rundt 1.6). Faktorar som kan påverka kor stor del av pasientane ein sjukmelder, kan vera praksisprofil med mange pasientar som ikkje er aktuelle for sjukmelding (pensjonistar, barn), høg grad av pasientutskifting eller mange vurderingar/undersøkingar. Dette vil gjera pasienttalet høgare og kanskje gje eit skeivt bilete av situasjonen. I 2003 var 26% av manuellterapipasientane sjukmelde, men berre ein av ti var sjukmelde av manuellterapeut (Lippestad et al., 2003). Det vert vanskeleg å samanlikna desse tala, når ein ikkje veit eksakt kor mange av pasientane som er sjukmeld av manuellterapeutane i denne undersøkinga.

Eit anna interessant poeng er å samanlikna med tala som er oppgjevne i statistikkportalen til NAV, der det i 2013 var totalt 9479 sjukmeldingar (NAV, 2013). Samanliknar ein med tala frå denne undersøkinga (N=78) får ein, med eit utgangspunkt på 470 manuellterapeutar, eit tal på sjukmeldingar som er langt høgare. Snittverdien vil utgjera 23500 sjukmeldingar, medianverdien 16920 sjukmeldingar, altså eit tal som er opp mot 1.8-2.5 gonger så høgt som tala i NAV sin statistikkportal (NAV, 2013). Dei estimerte tala frå sjukmelding per mnd (N=147) vil gje 21150

sjukmeldingar.

Det var ein moderat negativ samvariasjon mellom konsultasjonar per pasient og antal sjukmelde pasientar. Det kan ha med å gjera at ein får betre kapasitet til å ta inn pasientar raskt, og dermed vera meir tilgjengeleg for dei pasientane som kan ha behov for sjukmelding. I høve til ventetid var det, som med dei estimerte sjukmeldingstala, ingen samanheng med antal sjukmeldingar eller sjukmelde pasientar. Det kan ha med å gjera at ventetid var forholdsvis låg for dei fleste. Det spørst og korleis ein har definert ventetid, om ein opererer med ulike ventelister og kriterier for desse, kan det ha hatt betydning for svaret. Funna i undersøkinga peiker iallfall mot at høg utskifting av pasientar og at ein tek akuttpasientar inn raskt, har større samanheng med sjukmeldingsfrekvens enn rein ventetid og om ein har refusjonsrett. At alder og erfaring ikkje har innverknad på sjukmeldingspraxis bør vera positivt, at det ikkje er skilnad verken den eine eller andre vegen i høve til om ein oppsøker ein erfaren eller fersk manuellterapeut.

### *5.2.2 Regionale skilnader sjukmelding*

Terapeutane i Nordland sjukmelde fleire pasientar og skreiv fleire sjukmeldingar, desse skilnadene var statistisk signifikante både på dei estimerte tala og dei henta frå journalstatistikk. Stabilitet på manuellterapisida i høve til fastlege kan vera ein sentral faktor her. Nordland er eit fylke med større grad av fastlegeheimlar som står tomme. At ein då finn det meir naturleg å forholde seg til manuellterapeuten, er ein mogelegheit for at sjukmeldingsfrekvensen er høgare. Nordland var og eit forsøksfylke i Henvisningsprosjektet, og ordninga har difor eksistert lengre enn dei fleste fylka. Det forklarar derimot ikkje skilnaden i høve til Hordaland på dette punktet, sidan dei og var eit forsøksfylke. Manuellterapeutar eg har vore i kontakt med frå Nordland, viser til Nordnorsk MT-forum og møter i høve til planlegging, rolleendring og marknadsføring av primærkontaktrolla som ein hadde i forkant av Henvisningsprosjektet, at det kan vera ein mogeleg årsak til skilnadene. Dette var møteverksemd utover det som var i regi av sjølve Henvisningsprosjektet. Dersom ein har ein større, og ikkje minst samla basis for å tre inn i ei rolle, er det ikkje urimeleg å tenkja seg til at det kan ha noko seia i denne samanhengen. Elles har Nord-Noreg ein noko høgare sjukefråværsprosent enn resten av landet (Statistisk Sentralbyrå, 2014b), som og kan virka inn på resultata.

Medianverdiane for terapeutane i Nordland var lågare enn snittverdiane for sjukmelding per månad og særleg for antal sjukmeldingar for 2013 henta frå journalstatistikk, og standardavviket var høgare. Dette kan tyda på større variasjon, og at det er nokre manuellterapeutar i Nordland som skriv ut forholdsmessig fleire sjukmeldingar enn dei andre i fylket. Dette såg ein og for terapeutane i Akershus, der medianverdiane var om lag det halve, både på antal sjukmeldingar og antal sjukmelde

pasientar. Då det er få respondentar i analysene, er det ikkje unaturleg at median og snitt vil ha ein viss differanse i verdiar, men til samanlikning var det svært liten differanse i verdiane på desse punkta for terapeutane i Oslo og Hordaland.

### **5.3 Profil sjukmelde pasientar**

Her var det ein klar tendens til at pasientane hadde lokaliserte plager, og kort smertevarigheit. At sjukmeldingsretten er begrensa til 12 veker, kan vera ei forklaring på det. Det kan og vera eit teikn på at denne gruppa pasientar oppsøker manuellterapeutane i større grad, trass i at studier har synt at og pasientar med meir samansette plager oppsøker manuellterapeutane (Ødegaard, 2008; Larsen, 2010; Dagfinrud et al., 2013). Kven som går til behandling og kven som vert sjukmelde, er nødvendigvis ikkje same sak. For mange kan det vera meir aktuelt å sjukmelde ein akutt lumbagopasient i høve til ein med langvarig smerte frå korsrygg. Ein kommentar på undersøkinga var at behovet for reseptbelagte medikament var til stades for mange, og at ein difor oppsøkte fastlege, som og sjukmelde pasient. Dette kan virka inn både på om pasientar kjem direkte til manuellterapeut og om dei vert sjukmelde av manuellterapeut. I 2003 var det 10.6% av manuellterapipasientane som var sjukmeld av manuellterapeuten (Lippestad et al., 2003). I 2013 ser det ut til at ein langt større del av dei sjukmelde pasientane er sjukmeld av manuellterapeuten, noko som kan bety at denne delen av rolla har vorte meir kjend, eller at manuellterapeutane tek eit større ansvar for denne delen av primærkontaktrolla si. Same tendens såg ein og på direkte pasientkontakt til manuellterapeut, at det var ein større andel i denne undersøkinga i høve til i 2003 (Lippestad et al., 2003).

### **5.4 Fremjande faktorar for sjukmeldarrolla**

Å auka informasjon om sjukmeldarrolla og redusera ventetid var dei to viktigaste faktorane, meir om dette i punkt 5.5. Å få ei spesialistordning eller ei eigen autorisasjonsordning, var og viktig som ein fremjande faktor for to tredeler. Dette er eit spørsmål som har splitta manuellterapimiljøet i lang tid, å få den eine eller andre ordninga. Såleis er det ikkje overraskande at dette er viktig for manuellterapeutane. Det var eit bevisst val å ikkje dela denne faktoren i to, då hadde ein kanskje fått eit endå større potensiell feilkjelde i form av fagpolitisk polarisering. Likevel er det ingen grunn til å tru at dette ikkje vert sett på som ei viktig kjelde til å få sjukmeldarrolla meir kjend, gjennom ein høgare grad av kreditering av kompetanse. Ein auke i kommunale driftsavtalar var det og fleirtal for at var viktig. Å få fleire terapeutar inn på refusjonsordning, kan ein tenkja seg vil gjera manuellterapeutane tilgjengelege for fleire pasientar, jamvel om dei med og utan refusjonsrett har dei same rettane når det gjeld sjukmelding. Kanskje vert ein og meir synleg i lokalmiljøet med ein

kommunal driftsavtale, det vil og kunne ha ein effekt på ventetid å få fleire terapeutar med refusjonsrett. Det var fleire interessante poeng i dei opne svara, eit av dei tok opp større fokus på primærkontaktrolla under utdanning. Det er klart at ei større vektlegging av eit fagområde på ei utdanning vil vera ein mogeleg faktor for at denne delen av yrket vert meir dominerande når ein skal ut i yrkeslivet. Likevel er det nok og andre faktorar som vil prega rolla, til dømes ytre faktorar som påverkar forforståinga ein har danna seg under utdanninga. Det vil nok vera individuelle skilnader på korleis ein praktiserer primærkontaktrolla uavhengig av utdanninga og ytre faktorar. Eit anna vesentleg poeng som vart yttra, var fokuset på friskmeldar meir enn sjukmeldar. Det er ikkje umogeleg at den låge andelen av sjukmeldingar hjå manuellterapeutar speglar nettopp dette, at sjukmelding ikkje vert sett på som eit eigna tiltak for dei fleste pasientane. Elles vart betre samarbeid mellom instansane i sjukmeldingsprosessen og auka kunnskap om kva tiltak som har effekt på sjukefråværet, nemnde som fremjande faktorar for sjukmeldarrolla. Dette er og aspekt som ein tenkjer seg er gunstige å påverka, sjukmeldingsarbeidet er komplekst og avhengig av mange ting, effektane av tiltaka er viktige å få undersøkt.

#### *5.4.1 Regionale skilnader på fremjande faktorar*

Autorisasjon/spesialistordning var mindre viktig for terapeutane i Oslo enn i dei andre fylka, kvifor er ikkje godt å seia. Det som skil Oslo mest frå dei andre fylka er graden av terapeutar utan driftsavtale, men kor vidt dei har ei anna oppfatting i høve til sjukmeldarrolla, er usikkert. At ein auke av kommunale driftsavgifter var viktigare for terapeutane i Akershus og Hordaland, kan ha med ventetid å gjera, som var høgare i desse fylka enn i Oslo og Nordland. Akershus-terapeutane såg på redusert byråkrati, betre opplæring og forenkling av regelverk som viktigare enn kva terapeutane i dei andre fylka gjorde. Det er vanskeleg å peika på grunnar til det, ventetid er kanskje ein faktor, som var høgast i Akershus. Kanskje vil ein gjennom desse tiltaka få frigjort tid og dermed redusert arbeidspress.

### **5.5 Begrensande faktorar for sjukmeldarrolla**

At sjukmeldarretten til manuellterapeuten er for lite kjend, var det brei einigheit om, ein skulle difor tru at det finst eit forbettringspotensiale på informasjonsfronten. Vidare er det og eit fleirtal som meiner at legane kjenner lite til manuellterapeutane sin sjukmeldarrett. Dersom dette er tilfelle, er det naturleg å tenkja seg til at legane sjukmelder pasientar som manuellterapeuten kunne ha sjukmeld, eller vurdert å sjukmelda. Ikkje minst vil det kanskje vera ressursparande, som evalueringa av Henvisningsprosjektet vurderte det til (Lippestad et al., 2003). Lang ventetid var det og eit fleirtal som vurderte som ei begrensing, sjølv om det ikkje var ein samanheng i høve til

sjukmeldingspraksisen ein såg i undersøkinga. Likevel kan ein tenkja seg til at ventetid over fleire veker vil vera ei begrensing, dersom dei som sjeldan tok inn akuttpasientar sjukmelde signifikant færre pasientar grunna lang ventetid. Går det lang nok tid, og pasient har vore sjukmeld ei stund, vil og 12-vekersregelen kanskje slå til, jamvel om dette ikkje vart sett på som ein sentral faktor hjå respondentane.

#### *5.5.1 Regionale skilnader på begrensande faktorar*

Lang ventetid og låg utskifting av pasientar var viktigast for manuellterapeutane med lengst ventetid (Akershus og Hordaland). Dette vert ein logisk samanheng, som ikkje er overraskande. Same tendensen såg ein og på byråkratiske utfordringar, på lik line med forenkling av regelverk som ein fremjande faktor. Terapeutane i Akershus uttrykte og ein større grad av manglande kjennskap til regelverket, som kan understøtta dette. At geografisk avstand mellom terapeut og pasient er meir viktig for terapeutane i Nordland enn i Oslo og Hordaland, er og naturleg å anta ved å studera Noregskartet, all den tid tettleiken av manuellterapeutar er størst i Bergen. At viktigheita er like stor for terapeutane i Akershus som i Nordland, er vanskelegare å forklara.

### **5.6 Metodediskusjon**

Metoden bestod av eit eige komponert spørjeskjema som vart distribuert gjennom epost og utført på internett. Å gjennomføra undersøkinga på nett i høve til per post medfører ein del openbare fordeler. Det vert mindre tid- og kostnadskrevjande i høve til logistikk og porto, overføring av data går direkte inn i statistikkprogram. Det vil og sannsynlegvis medføra mindre tidsbruk for respondentane, og i dagens IT-samfunn gje ein større svarprosent enn ved brev. Dessutan er det meir miljøvenleg (Carter et al., 2011b).

#### *5.6.1 Distribusjon – nådde ein ut til populasjonen?*

Ein nådde ut til 597 personar via distribusjonslistene til dei to ulike fagforbunda. På nettsidene deira kan ein finna kontaktinformasjon på medlemmer (Manuellterapeutenes Servicekontor, 2013; Norsk Fysioterapeutforbund, 2013), ei oppteljing der viste at det var få som var organiserte i begge forbunda, eventuelt berre medlem i Servicekontoret (15 av 478 personar). I tillegg vart det distribuert gjennom tre kanalar i det sosiale mediet Facebook. Her vil det sjølvsagt vera overlapping, og fleire vil ikkje vera aktuelle for undersøkinga (studentar, støttemedlemmer, osv). Eit usikkerheitsmoment er å nå fram til dei som eventuelt ikkje er organiserte, ein freista difor å sikra dette gjennom distribuering i sosiale media. Kanskje hadde ein nådd nokre fleire manuellterapeutar gjennom distribuering til Private Fysioterapeuters Forbund i tillegg. Likevel nådde ein



sannsynlegvis ut til ein stor del av populasjonen gjennom desse distribusjonskanalane så lenge epostadressene var korrekte og folk las epostane sine. Det var svært få epostadresser det kom feilmelding på (4).

### *5.6.2 Spørjeskjemaet, vurdering av metodisk kvalitet*

#### *5.6.2.1 Pilotundersøkinga*

At ein fekk testa ut spørjeskjemaet på manuellterapistudentar ved Universitet i Bergen på førehand, er ein styrke (Burns et al., 2008). Då fekk ein attendemelding på spørsmålstilling, i tillegg vart studentane bedne om å ta tida for å få eit gjennomsnittleg tal på tidsbruk ein kunne nytta i informasjonsskrivet. Ein kunne kanskje ha kontakta studentar frå andre land, då ville ein og kanskje fått ei betre samansetting av «pilotstudien» i høve til manuellterapi miljøet i Noreg.

#### *5.6.2.2 Spørsmålsstilling*

Det vart ikkje spurt etter kjønn, verken på terapeutane eller pasientane. I høve til terapeutane så var det eit val i høve til å sikra at respondentane ikkje skulle kunne identifiserast i fylke med få respondentar. Noko grunn til at kjønn på terapeut skal vera sentralt i høve til sjukmeldingspraksis, er det heller ikkje noko særleg grunnlag for å tru. Når det gjeld kjønn på pasientar, så er det relativt etablert at det er eit fleirtal av kvinner som går til behandling, jmf studiene til Larsen og Ødegaard. Sjukefråvær i befolkinga er høgare hjå kvinner enn menn (Statistisk Sentralbyrå, 2014b), manuellterapeutane sjukmelder fleire kvinner i følge statistikkportalen til NAV (NAV, 2013). Difor vart det heller prioritert å spørja etter smertelokaliserings og smertevarigheit på dei sjukmelde pasientane. Gradert sjukmelding vart ikkje spurt etter, og vart etterlyst som ein kommentar. Sjølv om statistikkportalen viser ein større grad av gradert sjukmelding hjå manuellterapeutar (NAV, 2013) enn samla statistikk (Statistisk Sentralbyrå, 2014b), ville dette vore interessant å få bekrefte i studien. Og bruk av avventande sjukmelding, som ser ut til å vera minimal blant manuellterapeutar (NAV, 2013), hadde vore interessant å sjå på. Vidare ville det ha vore nyttig å spørja om å ikkje sjukmelda ofte var eit bevisst val, og eventuelt for kva type pasientar.

#### *5.6.2.3 Vurdering av tekniske aspekt ved spørjeskjemaet, brukarvenlegheit*

Det vart lagt vekt på å gjera undersøkinga så brukarvenleg og lite tidkrevjande som råd, med fleire klikkbare svaralternativ. Spørsmål vert ikkje tilrådd å ha over 20 ord (Burns et al., 2008) og ein freista å etterleva dette. Det vart og lagt inn feilmelding dersom ein ikkje svarte på obligatoriske svar, ikkje hadde tasta inn riktig sum totalt på svar med prosentfordeling eller tasta for høge svar.

Likevel vart det to verdiar som kan vera tastefeil, sidan dei skilde seg betrakteleg ut frå andre verdiar, og desse vart fjerna. Det kom tilbakemelding frå enkelte deltakarar om at det var vanskeleg å få tal ut av journalprogramma. Her vart det beskrive i detalj korleis dette skulle gjerast for Promed. Dette kunne ein ha gjort for andre journalprogram med mindre marknadsandel og, men hadde medført langt meir tekst i skjemaet. Ein kunne kanskje ha presisert at dei skulle ha teke kontakt dersom dei hadde vanskar med dette. Eit viktig moment med undersøkinga var å ha opne svar som skulle fanga opp andre faktorar som ein ikkje hadde tenkt på i svaralternativa som vart opplista på førehand, og det kom fram moment som bidrog til å svara på problemstillinga. Er undersøkinga på over 1000 ord, kan det visa seg å redusera svarprosent (Jepson et al., 2005). Dersom ein ser vekk frå informasjon i starten og mot slutten av spørjeskjemaet, var antal ord i overkant av 1000 ord. Nokre av deltakarane kommenterte og at undersøkinga var noko lang. I høve til motivering vart det fokusert på å formidla viktigheit av studien i informasjonsskriva i eposten og i sjølve spørjeskjemaet. Det var og mogeleg å kontakta forskar på epost dersom ein hadde spørsmål. Ein hadde ei grafisk framstilling av framdrift i skjemaet, som kan ha ein motiverande effekt (Burns et al., 2008). Det vart og vurdert å premiera deltaking. Dette har vist seg å kunne virka positivt inn på svarprosent (Ziegenfuss et al., 2013). Dette vart ikkje gjort, då det potensielt kunne føra til identifisering av respondentane for forskaren ved at dei måtte oppgje epostadresse for å vera med i trekking av premie.

#### 5.6.2.4 Vurdering av inklusjons- og eksklusjonskriteria

For at utvalet skulle bli så homogent som råd, sette ein som krav at manuellterapeutane skulle arbeida i privat praksis. Dette gjer nok dei aller fleste, berre åtte respondentar vart ekskludert i høve til dette. Det var og eit krav at dei var godkjende sjukmeldarar heile tidsrommet for datainnsamling, året 2013. Dette og for å få like tilhøve i høve til utvalet når det gjeld tidsrom, kun tre svarte at dei ikkje var godkjende for heile året. Å nytta eit år som innsamling var og bevisst for å kunne ta høgde for eventuelle sesongvariasjonar og unngå tilfeldigheiter i høve til variasjonar i til dømes ferietid, antal konsultasjonar og så vidare. Dette var nok og meir hensiktsmessig i høve til å hugsa tilbake for respondentane i høve til eigenrapportering, det vil og vera meir interessant å få så ferske tal som råd. Det vil og vera gunstig i høve til samanlikning av statistikk og tidlegare forskning å nytta eit kalenderår som tidsrom for tverrsnittundersøkinga. Å nytta eit kontrollspørsmål om ein hadde svart tidlegare viste seg og å vera nyttig metodisk, 11 personar vart ekskluderte.

#### 5.6.2.5 Oppsummering av metodisk kvalitet

Alt i alt er det ting som kunne vore betre metodisk i høve til utforminga av spørjeskjemaet. Likevel

føler eg at det er gjort mykje for å unngå tekniske feil i høve til datainnsamling, brukarvenlegheit og lite tidsbruk for deltakarane. Ein har og nådd ut til ein stor del av populasjonen i høve til distribusjon. I tillegg vart studien og vurdert i høve til datasikkerheit og meldeplikt av NSD, og vart ikkje funne meldepliktig.

### 5.6.3 Er resultata overførbare? Vurdering av svarprosent, ekstern validitet

Å vurdere kor overførbar studien er til populasjonen, er ei utfordring. For det første veit ein ikkje kor stor populasjonen er i eksakte tal, kor mange som har sjukmeldarrett, kor mange som arbeider i privat praksis. Det kan sjå ut som om det kan vera i underkant av 500 manuellterapeutar med sjukmeldarrett i 2013 (HELFO, 2012; Helse og Omsorgsdepartementet, 2013). Tabell 5.6.3 er utforma for å få eit oversyn av fylkesfordeling av manuellterapeutar, og består av tal henta frå NFF og NMF sine nettsider (Manuellterapeutenes Servicekontor, 2013; Norsk Fysioterapeutforbund, 2013) i tillegg til fylkesfordeling for respondentane i undersøkinga. Ut i frå desse tala er det utarbeidd ein svarprosent totalt og for kvart fylke:

Tabell 5.6.3			MT frå lister på nett (populasjon)		Svarprosent (%)
Fylke	N	%	N	%	
Akershus	20	11,4	58	12,5	34,5
Aust-Agder	3	1,7	4	0,9	75,0
Buskerud	7	4,0	21	4,5	33,3
Finnmark	2	1,1	7	1,5	28,6
Hedmark	8	4,5	19	4,1	42,1
Hordaland	25	14,2	39	8,4	64,1
Møre og Romsdal	5	2,8	13	2,8	38,5
Nordland	17	9,7	32	6,9	53,1
Nord-Trøndelag	5	2,8	8	1,7	62,5
Oppland	4	2,3	10	2,2	40,0
Oslo	42	23,9	121	26,1	34,7
Rogaland	5	2,8	26	5,6	19,2
Sogn og Fjordane	3	1,7	8	1,7	37,5
Sør-Trøndelag	8	4,5	19	4,1	42,1
Telemark	1	0,6	8	1,7	12,5
Troms	6	3,4	21	4,5	28,6
Vest-Agder	4	2,3	8	1,7	50,0
Vestfold	5	2,8	24	5,2	20,8
Østfold	6	3,4	17	3,7	35,3
<b>Totalt</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>	<b>463</b>	<b>100,0</b>	<b>38,0</b>

Kor vidt det er personar som har reservert seg frå å vera tilgjengeleg, er usikkert, det er og noko usikkert om alle har sjukmeldarrett. Likevel gjer det nok eit brukbart bilete av tettleik av manuellterapeutar på fylkesnivå (per september 2014). Samla sett viser tabellen ein svarprosent på 38% dersom antal terapeutar er 463, i praksis kan nok responsen vera noko mindre. På fylkesnivå har Aust-Agder best svarprosent, Telemark har lågast, men tettleik av terapeutar er og svært liten. Av dei fylka som har eit visst antal svar, peiker Hordaland og Nordland seg ut med høg svarprosent, henholdsvis 64 og 53%. Oslo og Akershus ligg lågare, knappe 35%, altså like under landssnittet. Av fylke med eit visst antal terapeutar, ser Rogaland og Vestfold ut til å ha lågast responsrate, rundt 20%. Ideelt sett skulle ein gjerne sett ein noko høgare svarprosent for å vera meir sikker på ein overføringsverdi til populasjonen. Likevel ser det ut til at Hordaland og Nordland har ein høg svarprosent, og at ein iallfall kan seia at tala frå desse fylka er representative. Kvifor responsen var høgare i desse fylka, er usikkert. Dei var begge med som forsøksfylke i Henvisningsprosjektet, om dei då har eit anna forhold og ansvarskjensle til primærkontaktrolla, er mogeleg. Vestfold var derimot og eit forsøksfylke, og der var svarprosenten låg. At forskar var heimehøyrande på eit institutt i Hordaland med fleire aktuelle respondentar, kan ha påverka svarprosenten, at desse fekk ein større grad av påminning og ansvarskjensle for å gjennomføra undersøkinga. Antal svar bør kanskje telja meir enn høg svarprosent og når ein skal samanlikna regionar, slik at Akershus og Oslo kanskje er meir representative enn fylke som har høg svarprosent, men liten tettleik av terapeutar. Kor mange terapeutar som har og ikkje har refusjonsrett, er usikkert. I studien var eit stort fleirtal terapeutar med refusjonsrett, dei fleste utan ein slik avtale var heimehøyrande i Oslo. Ein veit ikkje sikkert kor overførbart forholdet mellom desse to gruppene er. I høve til andre demografiske variablar (alder, erfaring, år som sjukmeldar) ser det ut til at det fordeler seg jamnt.

## **5.7 Etiske omsyn i høve til undersøkinga**

World Medical Association utforma Helsinkideklarasjonen i 1964, med siste revisjon i 2008. Han omhandlar viktige forskingsetiske moment (World Medical Association, 2008). To særleg viktige punkt omhandlar informert samtykke og at ein skal unngå å forska på svake grupper. Ein kan under planlegginga tenkja etikk på tre nivå: person, gruppe og samfunn (Bakketeig og Magnus, 2002). Ein må dessutan vurdere om studien treng godkjenning frå Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 2014). Viktige etiske moment i denne studien var å ivareta deltakarane på person og gruppenivå, hovudsakleg i høve til anonymiteten, og nytteverdien studien vil kunne ha i høve til fagfeltet og samfunnet for øvrig.

### *5.7.1 Deltakarane*

Undersøkinga var anonymisert. Utfordringane i høve til dette var å unngå demografiske variablar som kunne identifisera deltakarane. I større fylke er dette neppe noko stort problem, men i fylke med ein mindre tettleik av manuellterapeutar kan variablar som kjønn og alder verta personidentifiserbare i dagens samfunn, der tilgangen på informasjon er lett tilgjengeleg. Dette er i alle fall noko som må vurderast og takast omsyn til i høve til presentasjonen av data på ei slik undersøking. Ikkje minst er det viktig å få fram dette med ivaretaking av anonymiteten, slik at deltakarane føler seg trygge til å kunne gje ærlege svar som ikkje er farga av frykta for identifiserbare kjenneteikn. Ein kan kanskje og tenkja seg at dersom ein føler seg utsett for identifisering, vil ein utsetjast for eit «gruppepress» som gjer at ein pressast til å gje meir konforme, eller mindre kontroversielle svar. SurveyXact er godt eigna program i høve til å ivareta sikkerheit ved innsending av svar (Universitetet i Bergen, 2013b). Å få fram viktigheita med prosjektet, og at ein kan bidra til ny kunnskap, er viktig. Korleis ein vidare presenterer resultata i høve til manuellterapeutar som gruppe er viktig, ein kan ramma ei heil gruppe dersom ein omtalar negativt i ein slik studie som omhandlar samfunnsmedisin.

### *5.7.2 Nytteverdien av studien*

Helsestatistikk ser ut til å visa at manuellterapeutane ikkje sjukmelder i særleg grad. Målet med Henvisningsprosjektet var å få eit meir effektivt helsevesen og ei helseøkonomisk innsparing, noko SINTEF-rapporten konkluderte med. Når det no kan sjå ut til at ein framleis sjukmelder lite, i alle fall i høve til ei jamnstilt gruppe som kiropraktorane, er det nyttig å spørja seg kvifor. Det er nok mange tankar kring dette, som kan vera viktig å få samanfatta gjennom forskning. Å spørja manuellterapeutane kva som verkar inn på denne delen av primærkontaktrolla, både positive og negative faktorar, sjå om ulike variablar påverkar rolla, vil eg difor hevda kan vera nyttig på fleire nivå. Kanskje kan ein få avdekka ting i høve til arbeidsorganisering på grasrotnivå, som igjen får betydning for interesseorganisasjonar og vidare meir helsepolitisk på høgare, overordna nivå. Eit anna nyttig moment med studien var å sjå om det er samsvar mellom eigenrapportering av sjukmeldingspraksis og statistikken som er henta frå NAV og Helfo.

## 6. KONKLUSJON

Studien freista å belysa sjukmeldingspraksisen til norske manuellterapeutar i 2013 og kva faktorar som påverkar denne rolla. Vidare ville ein avdekkja om dette var avhengig av alder, erfaring og kvar ein arbeidde. Ein prøvde og å finna ut kva smertekarakteristika pasientane som vart sjukmelde hadde. Manuellterapeutane skreiv ca 5 sjukmeldingar per mnd, antal sjukmeldingar og sjukmelde pasientar frå journalstatistikk var i snitt henholdvis 50 og 32. Dei som sjeldan tok inn akuttpasientar, sjukmelde signifikant mindre enn dei som tok inn denne pasientgruppa hyppigare. Alder, erfaring, ventetid og refusjonsavtale hadde ingen samanheng med sjukmeldingspraksis, det var ein moderat samanheng mellom utskifting av pasientar og antal pasientar sjukmelde. Manuellterapeutane i Nordland sjukmelde signifikant fleire pasientar og skreiv fleire sjukmeldingar enn manuellterapeutane i Akershus, Hordaland og Oslo. Skilnadene bør vera overførbare, i alle fall mellom terapeutane i Nordland og Hordaland. Studien viser og, dersom talmaterialet er representativt, eit vesentleg høgare antal utskrivne sjukmeldingar blant norske manuellterapeutar enn kva NAV sin statistikkportal for sjukmeldarar har registrert. Studien syner at fleire pasientar oppsøker manuellterapeut direkte no enn i 2003, pasientane vert stort sett sjukmeld ein til to veker, og har lokaliserte plager av akutt eller subakutt varigheit. Stort sett er 50 eller 75% av dei sjukmelde pasientane sjukmelde av manuellterapeuten sin, fleire enn i 2003. Auka informasjon om sjukmeldarretten, reduksjon i ventetid og spesialist- eller autorisasjonsordning er viktige faktorar for å fremja rolla som sjukmeldar. Tilsvarende vert manglande kjennskap til sjukmeldarrolla både hjå pasientar og legar, i tillegg til ventetid, sett på som begrensande for denne rolla. Vidare større studier er naudsynte for å understøtta desse tala. Kva type sjukmeldingar manuellterapeutar nyttar seg av og årsaker til at ein ikkje sjukmelder, kan vera eit interessant forskingsspørsmål å belysa ytterlegare.

## 7. REFERANSAR

- Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Kiropraktorer og manuellterapeuter får utvidet rett til å sykmelde fra 8 til 12 uker. 2008; Available from: <http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/aid/Nyheter-og-pressemeldinger/pressemeldinger/2008/kiopraktorer-og-manuellterapeuter-far-u.html?id=541264>.
- Arbeids- og sosialdepartementet. Forskrift om unntak fra vilkåret om legeerklæring når kiropraktorer og manuellterapeuter dokumenterer arbeidsuførheten med erklæring. 2006.
- Arbeids- og sosialdepartementet. Lov om folketrygd. 2014.
- Bakke HK. – Målet er ikke nådd. (Ed Mathisen E). Muskel&Skjelett; 2004; 12.
- Bakketeig LS, Magnus P. Hva er en forskningsprotokoll og hvorfor er den nødvendig? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122 (25): 2464-2467.
- Befring E. *Forskingsmetode*. In: (Ed) Forskingsmetode og statistikk. Oslo: Samlaget, 1998; 260 s. : ill.
- Brage S, Ihlebaek C, Natvig B, Bruusgaard D. Musculoskeletal disorders as causes of sick leave and disability benefits. Tidsskr Nor Lægeforen 2010; 130 (23): 2369-2370.
- Burns KE, Duffett M, Kho ME, Meade MO, Adhikari NK, Sinuff T, Cook DJ. A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians. Cmaj 2008; 179 (3): 245-252.
- Carter RE, Lubinsky J, Domholdt E. *Epidemiology*. In: (Ed) Rehabilitation research: principles and applications. St. Louis, Miss.: Elsevier Saunders, 2011a; 188.
- Carter RE, Lubinsky J, Domholdt E. *Survey Research*. In: (Ed) Rehabilitation research: principles and applications. St. Louis, Miss.: Elsevier Saunders, 2011b; 224-225.
- Dagfinrud H, Storheim K, Magnussen LH, Odegaard T, Hoftaniska I, Larsen LG, Ringstad PO, Hatlebrekke F, Grotle M. The predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire and the clinicians' prognostic assessment following manual therapy treatment of patients with LBP and neck pain. Man Ther 2013; 18 (2): 124-129.
- Dalland O. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2000.
- Eide AH, Hem K-G. Oppdragsforskning - og lovende resultater. 2004; Available from: <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/oppdragsforskning---og-lovende-resultater/>.
- Gulbrandsen P. Ingen besparelse dokumentert. 2004; Available from: <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/ingen-besparelse-dokumentert/>.
- HELFO. Statistikk over fysioterapeuters takstbruk 2011. 2012.
- HELFO. Antall samhandlere med HELFO-avtale. 2014.

- Helse og Omsorgsdepartementet. Høring – forslag til forskrift om å autorisere manuellterapeuter (fysioterapeuter med videreutdanning innen manuellterapi) i henhold til helsepersonelloven. 2013; Available from:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2013/horing--forslag-til-forskrift-om-a-autor/horingsnotat.html?id=737706>.
- Helsedirektoratet. Faglig veileder for sykmeldere. 2014a; Available from:  
<http://sykmelderveileder.helsedirektoratet.no/Sider/default.aspx>.
- Helsedirektoratet. Fastlegestatistikken 2013. 2014b; Available from:  
<http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/refusjonsordninger/tall-og-analyser/fastlege/Sider/fastlegestatistikken-2013.aspx>.
- Helsedirektoratet. Nøkkeltall for helse- og omsorgssektoren. 2014c.
- Ihlebaek C, Brage S, Natvig B, Bruusgaard D. Occurrence of musculoskeletal disorders in Norway. Tidsskr Nor Laegeforen 2010; 130 (23): 2365-2368.
- Jepson C, Asch DA, Hershey JC, Ubel PA. In a mailed physician survey, questionnaire length had a threshold effect on response rate. J Clin Epidemiol 2005; 58 (1): 103-105.
- Johnsen H. Kritiske spørsmål til Henvisningsprosjektet. In: Fysioterapeuten. 2005; 11.
- Larsen L. Hva karakteriserer pasienter som oppsøker manuellterapeut i primærkontaktfunksjon? En sammenligning av symptomprofiler i to regioner. Institutt for samfunnsmedisin fag, Universitetet i Bergen; 2010.
- Lexow A. Litt for flinke fysioterapeuter... 2003; Available from:  
<http://www.dagensmedisin.no/nyheter/litt-for-flinke-fysioterapeuter/>.
- Lindvåg D. Hva vet vi om MT-pasienten? In: Fysioterapeuten. Fysioterapeuten; 2008.
- Lippestad J, Eitzen I, Harsvik T, Loeb M, Hem K. "Selv om vi ikke kom dit vi skulle, er vi i hvert fall ikke der vi var". Evaluering av Henvisningsprosjektet. Sluttrapport. 2003.
- Lærum E, Brage S, Ihlebaek C, Johnsen K, Natvig B, Aas E. Et muskel- og skjelettrengskap: forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet. 2013; Available from:  
[www.formi.no/images/uploads/pdf/rapport\\_mussp\\_online.pdf](http://www.formi.no/images/uploads/pdf/rapport_mussp_online.pdf).
- Manuellterapeutenes Servicekontor. Manuellterapeuter i Norge. 2013; Available from:  
<http://www.manuellterapi.no/default.aspx?sid=27>.
- Mæland JG. *Veileder i trygdemedisin*. 8 ed. Oslo: Gyldendals Akademisk, 2013.
- NAV. Statistikkportal for sykmelder. (Ed NAV); 2013.
- NAV. NAV Statistikkportal. 2014; Available from:  
<http://tjenester.nav.no/navstatistikk/custom/sso.jsp?user=Anonym00>.



- Norsk Fysioterapeutforbund. Søkeresultat - Oversikt over manuellterapeuter i Norge. 2013; Available from: <http://www.fysio.no/>.
- Norsk Kiropraktorforening. Om Norsk Kiropraktorforening. 2013; Available from: <http://www.kiropraktikk.no/?PageID=17&ItemID=11>.
- Ogre Ø, Lehne P. Rett og galt om sykmeldingspraksis. 2003; Available from: <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/rett-og-galt-om-sykmeldingspraksis/>.
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Regler og rutiner. 2014; Available from: [https://helseforskning.etikk.no/ikbViewer/page/forside?\\_ikbLanguageCode=n](https://helseforskning.etikk.no/ikbViewer/page/forside?_ikbLanguageCode=n).
- Rikstrygdeverket. Sluttrapport for Henvisningsprosjektet -gjennomføring av forsøksordning og oppfølging av evaluering. 2003.
- Statistisk Sentralbyrå. Helse- og sosialpersonell, 2013, 4. kvartal. 2014a; Available from: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesospers/aar/2014-06-13?fane=tabell&sort=nummer&tabell=179950>.
- Statistisk Sentralbyrå. Sykefravær, 4.kvartal 2013. 2014b; Available from: <http://ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/sykefratot/kvartal/2014-03-20?fane=tabell&sort=nummer&tabell=168743>.
- Universitetet i Bergen I-a. SPSS. 2013a; Available from: <https://it.uib.no/SPSS>.
- Universitetet i Bergen I-a. Spørreundersøkelser - verktøy for utvikling, utsending og analyse. 2013b; Available from: [https://it.uib.no/SurveyXact#Adgang\\_til\\_unders.C3.B8kelser](https://it.uib.no/SurveyXact#Adgang_til_unders.C3.B8kelser).
- Werner EL. På spissen: Kan henvisningsprosjektet karakteriseres som en suksess? 2003; Available from: <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/pa-spissen-kan-henvisningsprosjektet-karakteriseres-som-en-suksess/>.
- World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 2008.
- Ziegenfuss JY, Niederhauser BD, Kallmes D, Beebe TJ. An assessment of incentive versus survey length trade-offs in a Web survey of radiologists. J Med Internet Res 2013; 15 (3): e49.
- Ødegaard T. Hva karakteriserer pasienter som kommer til manuellterapeut i primærkontaktfunksjon? : Seksjon for fysioterapivitenenskap, Universitetet i Bergen; 2008.

## 8. VEDLEGG

### 8.1 Informasjonsskriv i epost

#### **Invitasjon til deltagelse i undersøkelse – Manuellterapeuters sykemeldingspraksis i Norge.**

##### **Kjære kollega!**

Jeg vil med dette invitere deg til å delta i ein spørreundersøkelse i forhold til din rolle som sykemelder i 2013. Undersøkelsen inngår i en mastergradsoppgave i manuellterapi ved Forskningsgruppen i fysioterapi, Universitetet i Bergen. Hensikten med undersøkelsen er å finne ut i hvor stor grad og hvem manuellterapeuter sykemelder og hvilke faktorer som påvirker denne delen av primærkontaktrollen. Forhåpentligvis kan det avdekkes aspekter ved denne delen av yrkesutøvelsen som vil være nyttige å få belyst i etterkant av evalueringene av Henvisningsprosjektet fra 2003.

##### **Jeg ber kun dere som har vært godkjent sykemelder i hele 2013 og som arbeidet helt eller delvis i privat praksis i 2013 om å svare.**

Din mening er viktig! Jeg ber deg derfor om å svare på en kort undersøkelse om din sykemeldingspraksis og dine synspunkter på hva som påvirker denne rollen. Dere vil i siste del av undersøkelsen bli bedt om mulig å oppgi statistikk fra deres journalprogram. Dette vil være svært verdifullt for oss. *Det vil derfor for de fleste være nødvendig å svare på undersøkelsen fra arbeidsstedet.* Besvarelsen er nettbasert og tar ca 10 minutter.

Klikk på denne linken for å delta i undersøkelsen:

<https://www.survey-xact.no/LinkCollector?key=LY2PQ9KX12C1>

Linken er kun knyttet til denne undersøkelsen. Undersøkelsen er kryptert. Dine svar vil bli behandlet anonymt og vil ikke kunne knyttes til din epostadresse. Resultatene av undersøkelsen vil ikke bli presentert på en måte som kan avdekke din identitet. Personvernombudet for forskning (NSD) har vurdert prosjektet og fant det ikke melde- eller konsesjonspliktig etter personopplysningslovens §§ 31 og 33 siden prosjektet har anonyme opplysninger og ikke inneholder sensitive personopplysninger. Datamaterialet vil bli oppbevart i 5 år for eventuelle framtidige sammenlignende studier. Det er naturligvis frivillig å delta i undersøkelsen. Tusen takk for at du deltar i denne undersøkelsen! Undersøkelsen er distribuert gjennom flere kanaler. Har du allerede besvart undersøkelsen ber jeg deg om å se bort fra denne henvendelsen.

Har du spørsmål til undersøkelsen, vennligst kontakt med xxxxxxxxx på denne epostadressen:  
[xxxxxxx@gmail.com](mailto:xxxxxxx@gmail.com)

Utsendelsen er basert på epostlister til Norsk Manuellterapeutforening og Manuellterapeutenes Servicekontor. I tillegg er utsendelsen basert på offentlig epostliste over manuellterapeuter på Norsk Fysioterapeutforbund sine nettsider. Link til undersøkelsen er også lagt ut på Facebooksiden til Manuellterapeutenes Servicekontor og Facebookgruppen Manuellterapi.

Vennlig hilsen

xxxxxxx

xxxxxxxxxx

Masterstudent i manuellterapi

Post-doc, veileder

## 8.2 Spørjeskjema i Surveyxact

### Introduksjon

#### Kjære kollega!

Vi ber deg delta i en kort spørreundersøkelse i forhold til din rolle som sykemelder i 2013. Undersøkelsen inngår i en mastergradsoppgave i Manuellterapi ved Universitetet i Bergen. Målet med undersøkelsen er å finne ut i hvor stor grad og hvem manuellterapeuter sykemelder og hvilke faktorer som påvirker denne delen av primærkontaktrollen. Forhåpentligvis kan det avdekkes aspekter ved denne delen av yrkesutøvelsen som vil være nyttige å få belyst i etterkant av evalueringene av Henvisningsprosjektet fra 2003.

Undersøkelsen er sendt ut via flere kanaler, det er derfor godt mulig du har fått denne invitasjonen flere ganger. **Vi ber deg innstendig om å kun svare en gang.**

Undersøkelsen består av 4 deler:

Del 1 omhandler din bakgrunn og praksis.

Del 2 spør etter hvordan en typisk arbeidsuke/måned artet seg arbeidsmessig i 2013.

I del 3 spør vi etter hvilke faktorer som virker inn på din rolle som sykemelder.

I siste del ønsker vi å få opplyst mer eksakte tall i forhold til antall konsultasjoner og sykemeldinger i 2013 dersom det er mulig for deg å innhente dette fra journalstatistikk. *Å gjennomføre undersøkelsen på arbeidssstedet vil nok derfor være nødvendig for de aller fleste.*

Dine svar blir behandlet anonymt og kan ikke knyttes til ditt navn eller epostadresse.

Resultat vil ikke bli presentert på en måte som kan avdekke din identitet. Det er naturligvis frivillig å delta i undersøkelsen.

Tusen takk for at du deltar i denne undersøkelsen!

Vennlig hilsen

xxxxxxxxxxxx, Masterstudent i manuellterapi xxxxxxxxxxx, Post-doc og veileder

For å få et likt utvalg for behandlingsåret 2013 ber jeg kun dere som har vært godkjent sykemelder **i hele 2013** og som arbeidet helt eller delvis i privat praksis om å svare.

Svarer du "nei" på et eller begge av de to første spørsmålene, blir undersøkelsen avsluttet.

Svarer du "ja" på det tredje spørsmålet, blir også undersøkelsen avsluttet.

**Ble du godkjent sykemelder før 1.januar 2013?**

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nei

**Arbeidet du helt eller delvis i privat praksis i 2013?**

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nei

**Har du besvart denne undersøkelsen på et tidligere tidspunkt?**

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nei

## **Del 1: Din bakgrunn**

### **Din alder:**

- (1) ☐ 25 år eller yngre
- (2) ☐ 26-30 år
- (3) ☐ 31-35 år
- (4) ☐ 36-40 år
- (5) ☐ 41-45 år
- (6) ☐ 46-50 år
- (7) ☐ 51-55 år
- (8) ☐ 56-60 år
- (9) ☐ 61-65 år
- (10) ☐ over 65 år

### **År erfaring som manuellterapeut:**

- (1) ☐ 5 år eller færre
- (2) ☐ 6-10 år
- (3) ☐ 11-15 år
- (4) ☐ 16-20 år
- (5) ☐ 21-25 år
- (6) ☐ 26-30 år
- (7) ☐ 31-35 år
- (8) ☐ 36-40 år
- (9) ☐ over 40 år

### **Hvilket år ble du godkjent sykemelder?**

- (1) ☐ 2001
- (2) ☐ 2002
- (3) ☐ 2003
- (4) ☐ 2004
- (5) ☐ 2005
- (6) ☐ 2006
- (7) ☐ 2007
- (8) ☐ 2008
- (9) ☐ 2009
- (10) ☐ 2010

- (11) ☐ 2011  
(12) ☐ 2012

**I hvilket fylke arbeider du? Arbeider du i flere fylker, oppgi der du arbeider mest.**

- (1) ☐ Akershus  
(2) ☐ Aust-Agder  
(3) ☐ Buskerud  
(4) ☐ Finnmark  
(5) ☐ Hedmark  
(6) ☐ Hordaland  
(7) ☐ Møre og Romsdal  
(8) ☐ Nordland  
(9) ☐ Nord-Trøndelag  
(10) ☐ Oppland  
(11) ☐ Oslo  
(12) ☐ Rogaland  
(13) ☐ Sogn og Fjordane  
(14) ☐ Sør-Trøndelag  
(15) ☐ Telemark  
(16) ☐ Troms  
(17) ☐ Vestfold  
(18) ☐ Vest-Agder  
(19) ☐ Østfold

**Har du refusjonsrett?**

- (1) ☐ Har refusjonsrett  
(2) ☐ Har ikke refusjonsrett  
(3) ☐ Kombinasjon

**Du har svart at du jobber både med og uten refusjonsrett. Oppgi hvor stor del av ditt arbeid i privat praksis som er med refusjonsrett (prosent av totale arbeidstimer):**

\_\_\_\_\_

**Del 2: Beskriv din typiske arbeidsuke/mnd for 2013:**

**Hvor mange konsultasjoner hadde du vanligvis per uke?**

—

**Hvor mange uker arbeidet du i 2013?**

—

**Hvor lang ventetid (uker) hadde du? Se bort fra pasienter med prioritet, f eks nyopererte.**

**Hadde du ikke ventetid over en uke, tast 0.**

Uker ventetid

—

**Satte du av konsultasjoner til akuttpasienter?**

- (1) ☐ Tok aldri inn akuttpasienter
- (2) ☐ Tok sjelden inn akuttpasienter
- (3) ☐ Tok inn akuttpasienter i løpet av en uke
- (4) ☐ Tok inn akuttpasienter ved slutten av arbeidsdagen
- (5) ☐ Hadde som regel ledige timer i løpet av dagen
- (6) ☐ Annet, spesifiser \_\_\_\_\_

**Hvor stor del av pasientene oppsøkte deg uten henvisning eller kontakt med lege på forhånd?**

- | Ingen                        | 25%                          | 50%                          | 75%                          | Alle                         | Vet ikke                     |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (5) <input type="checkbox"/> | (6) <input type="checkbox"/> |

**De neste spørsmålene omhandler sykemeldingspraksis. Dersom du ikke sykemeldte en eneste pasient i 2013 er det noen spørsmål som ikke er aktuelle for deg. Fyll ut riktig alternativ under:**

- (1) ☐ Skrev ikke en eneste sykemelding i 2013
- (2) ☐ Skrev sykemelding(er) i 2013

**Hvor mange sykemeldinger (også forlenginger) skrev du ut per måned?**

Antall per måned:

—

**Hva var din vanligste varighet på en sykemelding?**

Antall dager

—

**Hvor mange av dine sykemeldte pasienter sykemeldte du selv?**

**Ingen**

**25%**

**50%**

**75%**

**Alle**

**Vet ikke**

(1) ☐

(2) ☐

(3) ☐

(4) ☐

(5) ☐

(6) ☐

**Hvor mange av pasientene du sykemeldte var nye pasienter?**

Tall i prosent

—

**Hvilke karakteristika hadde pasientene du sykemeldte?**

**Smerteutbredelse, i prosentvis fordeling, til sammen 100%:**

Lokaliserte smerter                      —

Generaliserte smerter                      —

**Varighet av plager ved sykemelding, prosentvis fordeling, til sammen 100%:**

Akutt (opp til en uke)                      —

Subakutt (1 til 12 uker)                      —

Langvarig (over 12 uker)                      —



### Del 3: Faktorer som påvirker din rolle som sykemelder

Hvor viktige er faktorene nevnt under som en begrensning for din rolle som sykemelder?

	Svært uviktig	Uviktig	Verken viktig eller uviktig	Viktig	Svært viktig	Vet ikke / ikke aktuelt
Lang ventetid	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Lav turn-over (liten utskifting av pasienter)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Sykemeldingsrett begrenset til 12 uker	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Byråkratiske utfordringer (f.eks. innsending av skjema, mangel på Helsenett, dialog med NAV, osv.)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Manglende kunnskap til regelverk	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Pasienters manglende kjennskap til manuellterapeuters sykemeldingsrett	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Legers manglende kjennskap til manuellterapeuters sykemeldingsrett	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Geografisk avstand mellom terapeut og pasient	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

Er det andre faktorer som begrenser din rolle som sykemelder?

---

---

---

**Hvor viktige er faktorene nevnt under som en fremming av din rolle som sykemelder?**

	<b>Svært uviktig</b>	<b>Uviktig</b>	<b>Hverken viktig eller uviktig</b>	<b>Viktig</b>	<b>Svært viktig</b>	<b>Vet ikke/ikke aktuelt</b>
Økt offentlig og/eller egen informasjon om tilbudet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Redusert ventetid	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Utvidelse av sykemeldingsrett utover 12 uke	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Autorisasjons- og/eller spesialistordning for manuellterapeuter	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Økning av kommunale driftsavtaler	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Mindre byråkrati/skjemavelde	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Forenkling av regelverk	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Bedre opplæring i forhold til primærkontaktrollen	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Sterkere føringer på rollen fra sentralt hold (f eks organisering av arbeidsdagen)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Er det andre faktorer som vil fremme din rolle som sykemelder?**

---



---



---



---

#### **Del 4: Statistikk fra ditt Journalprogram**

**Det hadde vært til stor hjelp dersom du kunne ha hentet ut eksakte tall fra ditt journalprogram i forhold til antall konsultasjoner, pasienter og sykmeldinger for 2013. Har du ikke mulighet til å svare på noen eller alle spørsmålene under, går du bare videre i undersøkelsen.**

Tall hentet fra ditt journalprogram:

I Promed går du fram slik for å finne tallene vi spør etter under:

Konsultasjoner, pasienter: gå til visning - statistikk. Velg dato - hele 2013. Start statistikk. Du har da oversikt over antall pasienter, antall konsultasjoner, konsultasjoner per pasient.

Sykmeldinger: gå til utvidet statistikk, merk av sykmeldinger, velg dato - hele 2013. Merk ditt navn dersom du har felles journalsystem med andre. Trykk vis utvalg. Du får da fram personer du har sykmeldt og antall sykmeldinger per person (også forlenginger) Tell antall personer og totale sykmeldinger.

**Hvor mange pasientkonsultasjoner hadde du i 2013?**

\_\_\_\_\_

**Hvor mange pasienter behandlet du i 2013?**

\_\_\_\_\_

**Hvor mange konsultasjoner var det i snitt per pasient?**

\_\_\_\_\_

**Hvor mange pasienter sykemeldte du i 2013?**

\_\_\_\_\_

**Hvor mange sykemeldinger skrev du ut i 2013?**

\_\_\_\_\_

**Har du noen kommentarer til undersøkelsen?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

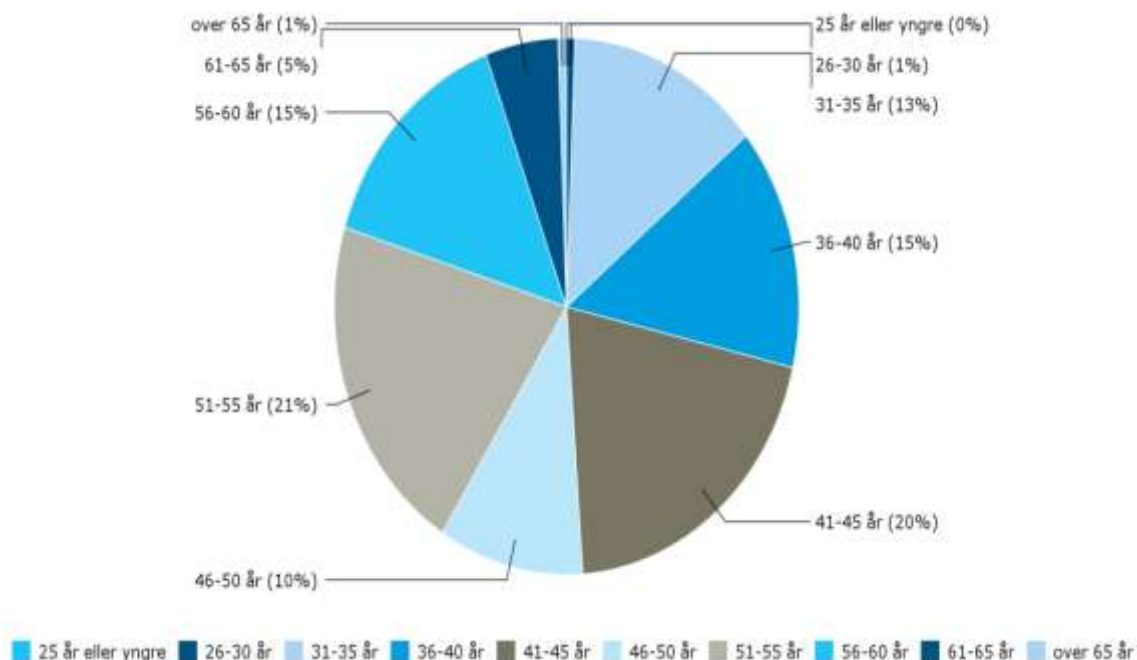
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

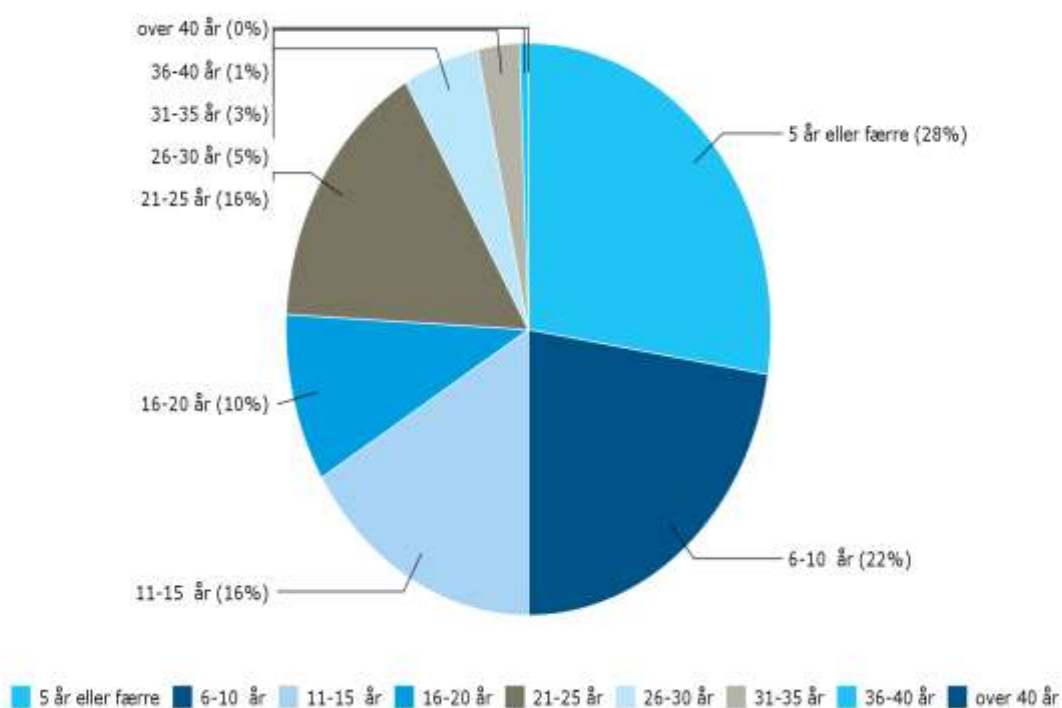
\_\_\_\_\_

Takk for at du tok deg tid til å svare på denne undersøkelsen! Dine svar er verdifulle for oss. Trykk på avslutt for å sende inn dine svar.

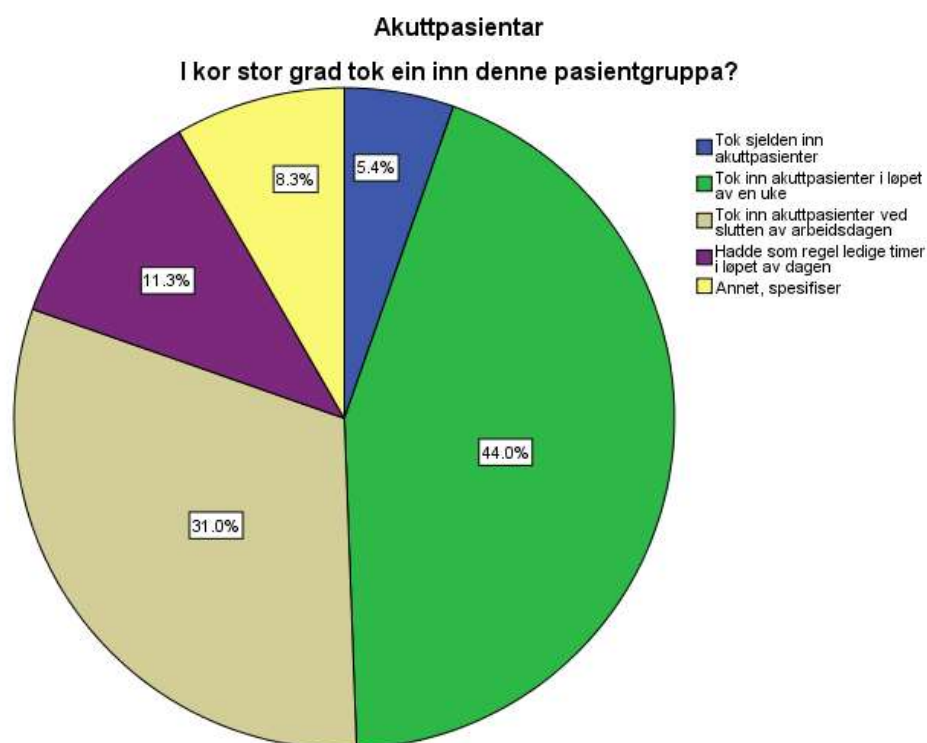
### 8.3 Aldersfordeling respondentar



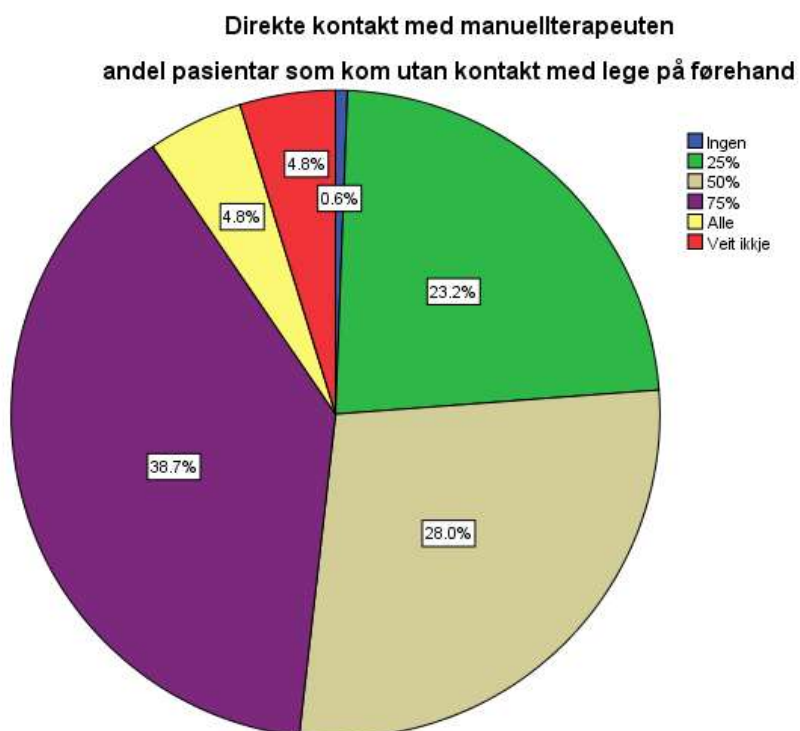
### 8.4 År erfaring på respondentane



## 8.5 Fordeling av akuttpasientar



## 8.6 Grad av direkte kontakt frå pasienten



8.7 Modus på sjukmelding

